




VET TES TAM EN
NOV TAM TVM
Dei
Sub Numine
Viget

Zeitschrift

für die gesamte

Versicherungs-Wissenschaft

Herausgegeben

vom

Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft (E. V.)

in Berlin

Schriftleitung:

Professor Dr. phil. et jur. **Alfred Manes**

Vierzehnter Band



Berlin 1914

Ernst Siegfried Mittler und Sohn

Königliche Hofbuchhandlung

Kochstraße 68–71

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis des vierzehnten Bandes.

I. Abhandlungen.

II. Rechtsprechung.

III. Sprechsaal.

Seite

IV. Bücherbesprechungen.



V. Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis der Mitarbeiter des vierzehnten Bandes.

1. Basler, Dr. jur. (Winterthur).
2. Bendix, Dr. jur., Rechtsanwalt (Berlin).
3. Blumhardt, Rechtsanwalt (Stuttgart).
4. Bohlmann, Dr., Prof. (Berlin).
5. Branchart, Regierungsrat (Berlin).
6. Brandt, Dr. phil. (Berlin-Weißensee).
7. Braun, Dr. phil. (Ludwigshafen a. Rhein).
8. Britschgi, Dr. jur. (Berlin).
9. Brüders, Dr. rer. pol. et jur., Generalsekretär (Berlin).
10. Bugge, Sekretär im Norweg. Justizministerium (Kristiania).
11. Czuber, Prof., Hofrat (Wien).
12. Dorn, Dr., Prof. (München).
13. Feilchenfeld, Dr., Sanitätsrat (Berlin).
14. Franck, Dr. med. (Berlin).
15. Frik, Dr. med., Stabsarzt (Berlin).
16. Gephart, Dr., Prof. (St. Louis).
17. v. Geyer, Dr. jur. (Stuttgart).
18. Gottstein, Dr. med., Stadtrat (Berlin).
19. Hagen, Kammergerichtsrat (Berlin).
20. Hall, Dr. oec. publ. (München).
21. Henne, Prof. (Aachen).
22. Herzfelder, Dr. jur. (Hamburg).
23. Hjorth, Mathematiker (Kopenhagen).
24. Hoffmann, Dr., Geh. Ober-Regier.-Rat (Berlin).
25. Hoppe, Dirigent (Wien).
26. Horster, Dr. phil. et jur. (Berlin-Lichterfelde).
27. Josef, Dr. jur., Rechtsanwalt (Freiburg i. Br.).
28. Jungblut, Dezernent f. Versicherungswesen (Berlin).
29. Kirchmann, Dr. jur. (Hamburg).
30. v. Köbke, Dr., Kreisamtmann (Darmstadt).
31. Koburger, Mathematiker und Hochschuldozent (Mannheim).
32. Leopold (Berlin).
33. Loewy, Dr. phil., Prof. (Freiburg i. B.).
34. Lübstorff, Dr. phil. (Berlin).
35. Manes, Dr. phil. et jur., Professor (Berlin).
36. Marcus, Verwaltungsdirektor (Berlin).
37. Moser, Dr. jur., Gerichtsassessor (Charlottenburg).
38. Müller, Redakteur (Hamburg).
39. Neumann, Direktor (Charlottenburg).
40. Parthier, Chefmathematiker (Stuttgart).
41. Passow, Dr. phil. et jur., Prof. (Aachen).
42. Petersen, Regierungsrat (Berlin).
43. Pietsch, Dr., Geh. Regierungsrat (Berlin-Lichterfelde).
44. Rehm, Dr. jur., Prof. (Straßburg).
45. Ritter, Dr. jur., Landgerichtsdirektor (Hamburg).
46. Schmidt, Wilh. (Dortmund.)
47. Schneider, A., Gepr. Rechtspraktikant (Berlin).
48. Schneider, K., Geh. Justizrat (Stettin).
49. Schönwiese, Revisor (Leipzig).
50. Sitzler, Dr. jur., Regierungsassessor (Berlin-Zehlendorf).
51. Ulrich, Dr. phil. (Erfurt).
52. Wegerdt, Dr. jur., Regierungsrat (Berlin-Wilmersdorf).
53. Wendt, Baurat (Berlin).
54. Wendt, Mathematiker (Berlin).
55. Werneburg, Dr. jur. (Cöln a. Rh.).
56. Wuttig, Dr. jur. (Berlin).

Ein Jahresregister für die „Rundschau" wird zusammen mit dem Rest der Rundschau (von September bis Dezember 1914) Anfang 1915 nachgeliefert.

Abhandlungen.

Gemeinnützige Fonds bei privaten Feuerversicherungsanstalten.

Von Professor Dr. jur. Hermann Rehm (Straßburg).

Es handelt sich um die Frage, ob eine Satzungsänderung, durch die aus einem Teile des Reingewinnes ein gemeinnütziger Reservefonds geschaffen und ständig gespeist werden soll, von der Versicherungsaufsichtsbehörde nicht genehmigt zu werden braucht. Zwei Paragraphen der VAG. kommen hiezu in Betracht, § 1 und § 7 Abs. 1 Nr. 1, oder anders ausgedrückt: zwei Fragen sind zu erwägen: bleibt das Unternehmen dabei im Rahmen einer Versicherungsunternehmung und wird das Interesse der Versicherten dadurch nicht verletzt?

I. A. Was die erste Frage, also § 1 angeht, so taucht folgendes Bedenken auf: dadurch, daß das Unternehmen in die Lage kommt, große Summen regelmäßig und planmäßig für Dinge auszugeben, die mit dem Feuerversicherungsgeschäfte vielleicht auch nicht den entferntesten Zusammenhang besitzen, hört es auf, eine reine Versicherungsunternehmung zu sein; denn eine derartige dauernde Einrichtung gehört nicht mehr zum Betriebe des Versicherungsgeschäftes; sie eröffnet einen zweiten Betrieb: die Gesellschaft wird auch Wohlfahrtsunternehmung; wenn sie aber Versicherungsgesellschaft bleiben will, so darf sie das nicht, denn nur unter der Bedingung, daß sie lediglich den Betrieb von Versicherungsgeschäften zum Gegenstande hat, hat sie die Erlaubnis zum Versicherungsbetriebe.

Juristisch angesehen, heißt dies: in der Schaffung eines solchen Fonds liegt eine *Abänderung* des *Zweckes* oder, wie man dafür auch sagen kann, des Gegenstandes des Unternehmens. Es würde eine Satzungsänderung im Sinne von HGB. § 275 Abs. 2 oder VAG. § 8 Abs. 2 in Frage stehen. Was das Handelsgesetzbuch Gegenstand des Unternehmens nennt (§§ 182, 275), bezeichnet, wie aus dem Zusammenhalt von VAG. § 8 Abs. 1 und § 4 Abs. 2 hervorgeht, das VAG. als Zweck und Einrichtung des Unternehmens. Nach Handelsrecht braucht der Gegenstand des Unternehmens in der Satzung nur allgemein angegeben zu werden (Betrieb von Versicherungsgeschäften); nach VAG. soll die Satzung die einzelnen Versicherungszweige ersichtlich machen.

B. Allein die Gesellschaft will ihren Zweck nicht ausdehnen, also nicht ändern.

Dazu würde gehören, daß sie die Förderung gemeinnütziger Zwecke zum „Gegenstand ihres Betriebes" im Sinne des Gesetzes machte.

Betrieb oder Unternehmen ist, wie ich in meinem Kommentar zum VAG. 3. Aufl. 1911 S. 2 und 6 ausführe, eine Summe von Arbeitstätigkeiten und Vermögensgegenständen, die dadurch, daß sie alle demselben Zwecke dienen, zu einer Einheit verbunden sind. Bei jedem Unternehmen wird Arbeit und Vermögen verwendet, und zwar zu einem einheitlichen Zwecke. Um von einem gemeinnützigen „Betriebe" bei einem Versicherungsunternehmen zu sprechen, um von ihm sagen zu können, es wolle zugleich eine Wohlfahrtsunternehmung werden, müßte die Pflege gemeinnütziger Einrichtungen einen zweiten Mittelpunkt des Betriebes, selbständiger Zweck, *Selbstzweck,* werden. Das soll keineswegs der Fall sein. Die Unterstützung gemeinnütziger Angelegenheiten soll *Mittel* zum Zwecke der Hebung des Versicherungsgeschäftes werden, daher dem *Versicherungs*zwecke dienen.

Das erhellt aus verschiedenem.

1. Erstens soll zu der Unterstützung nur Reingewinn verwendet werden. Ist der Fonds aufgebraucht und kein Reingewinn da, so unterbleibt die Unterstützung aus dem Fonds. Läge Betrieb vor, so würde damit also ein Betrieb eingestellt. Niemand wird auf den Gedanken kommen, in diesem Falle zu sagen: die Gesellschaft hat den einen ihrer Betriebe eingestellt. Ferner: wenn hier die Verwendung von Gewinn Betrieb, also eine abgeschlossene Einheit von Arbeit und Vermögen wäre, müßte dasselbe auch für andere Gewinnverwendungen, z. B. bei Verwendung zur Errichtung eines Bankgebäudes, gelten.

2. Zweitens folgt daraus, daß eine gemeinnützige Einrichtung mit der Bekämpfung der *Gefahr,* gegen deren schädliche Wirkung die Gesellschaft versichert, auch nicht im entferntesten Zusammenhange steht, keineswegs, daß Aufwendungen des Unternehmens für derartige Einrichtungen mit dem von der Versicherungsunternehmung erstrebten *Ziele* gar nicht zusammenhängen. Solche Unterstützung öffentlicher Interessen trägt zum Ansehen des Unternehmens bei, macht es bekannt und beliebt beim Publikum, so daß die Versicherungsinteressenten sich veranlaßt sehen, auch ihrerseits der Unternehmung bei Bedarf ihre Gunst zuzuwenden. Der Kundenkreis wird erweitert und auf diese Weise in erhöhtem Maße das Ziel erreicht, durch Betrieb des Versicherungsgeschäftes zu verdienen.

Die Aachener und Münchener Feuerversicherungs-Gesellschaft besitzt seit ihrem Bestehen einen gemeinnützigen Fonds. Von Anfang an hat sie daraus Einrichtungen gefördert, die mit der Verhütung und Bekämpfung von Feuer und Feuersgefahr auch nicht im geringsten zusammenhängen oder zusammenhingen. Nach den Bestimmungen des ersten Statuts sollte der ganze Fonds dem von der Gesellschaft zu errichtenden Aachener Vereine zur Förderung der *Arbeitsamkeit* und *Sparsamkeit* zufließen. Bereits die erste Generalversammlung von 1825 beschloß die Verwendung des Fonds auch für andere versicherte Landesteile des In- und Auslandes. So hat die

Gesellschaft bis Ende April 1900 verwendet für Landwirtschaft 3,6 Millionen Mark, zur Linderung von Landeskalamitäten, insbesondere bei Überschwemmungen, 860 000 Mark, für kirchliche Zwecke infolge Vereinbarung mit den kirchlichen Behörden 1 150 000 Mark. Ferner hat sie beträchtlich gespendet zum Nationaldank für Veteranen, für verwundete und kranke Krieger, an viele wohltätige Vereine, für das Marinemuseum. In Aachen speziell hat die Unternehmung ermöglicht die Errichtung des Hansemann-Denkmals einschließlich der Herrichtung des Platzes, den Bau der Direktorwohnung und die Beschaffung eines Spiel- und Turnplatzes beim Kaiser-Wilhelm-Gymnasium, die Gründung einer Oberrealschule und vor allem die Errichtung der Technischen Hochschule. Ohne die Gesellschaft hätte in dem Streite um die Hochschule wohl Köln gesiegt.

Das alles sind gemeinnützige Einrichtungen ohne Zusammenhang mit Versicherung gegen Feuer-, Blitz- und Explosionsgefahr, Einbruchdiebstahl und Wasserleitungsschäden — das sind die Zweige, in denen das Unternehmen statutengemäß arbeitet — und doch nennt die Denkschrift, welche die Gesellschaft zur Jubelfeier ihres 75jährigen Bestehens 1900 herausgab, als ersten Zweck des gemeinnützigen Fonds, die Ausdehnung und Erhaltung des Geschäftes zu fördern (S.47). Die Stifter der Gesellschaft haben durch die Einrichtung wahrscheinlich dem Mißtrauen den Boden entziehen wollen, das damals den Versicherungsgesellschaften hauptsächlich wohl wegen des marktschreierischen Gebarens der Agenten der ausländischen Gesellschaften von den Behörden nach der Richtung entgegengebracht wurde, daß Versicherungsnahme zur Brandstiftung anreize. Vielleicht, meint die Denkschrift, war die Absicht der Stifter auch, sich auf alle Fälle vor der Öffentlichkeit Indemnität dafür zu sichern, daß sie sich erlaubten, aus der Sicherung des lieben Nächsten gegen Feuersgefahr eine Erwerbsquelle herzuleiten und somit einen Zweck zu verfolgen, den Generaldirektor der Landfeuersozietät des Herzogtums Sachsen von Hülsen noch in viel späteren Jahren als sittlich verwerflich bezeichnete. Also waren es geschäftspolitische Gründe, die zu der Einrichtung führten. Dem Betriebe des Versicherungsgeschäftes sollte gedient werden. Das war und blieb der Grundgedanke. Bei Schilderung des segenreichen Wirkens der Einrichtung bemerkt die Denkschrift Seite 11: er hat wesentlich zu dem verhältnismäßig schnellen Wachstum und Aufblühen der Gesellschaft beigetragen und zugleich viele dem Gemeinwohl dienliche Zwecke gefördert. Voran steht die Wirkung für das Geschäftsinteresse. Die Gesellschaft freut sich, daß die Früchte ihrer Arbeit auch höheren idealen Zielen zugute kamen. Voran stellt sie aber (S. 47) den Dienst des Fonds für den Erwerbszweck. Und das muß sie auch; denn nur, wenn Reingewinn vorhanden ist, arbeitet sie in der Richtung. Es ist ihr bisher ununterbrochen gelungen. Noch niemand ist trotzdem auf den Gedanken gekommen, sie sei damit aus dem Rahmen des § 1 des VAG., d. h. aus dem Rahmen einer Versicherungsunternehmung herausgetreten; sie habe daneben ein zweites Geschäft, einen idealen Zwecken dienenden Betrieb eröffnet.

3. Es ist noch ein dritter Grund, aus dem der Fonds zum Versicherungsbetriebe gehört. Alle Versicherungsunternehmungen leisten freiwillig — oft auf Ersuchen der Regierung und Behörden — Beiträge zu gemeinnützigen Zwecken anderer Art als denen des Feuerlöschwesens und der Feuersicherheit, zu Denkmalen oder Kunstbrunnen, zu gemeinnützigen Baugenossenschaften, Krüppelheimen, Wanderausstellungen usw. Wenn die Statuten der Generalversammlung nicht freistellen, wie sie den Reingewinn verwenden wolle, und die Statuten tun es sehr oft nicht, so dürften die Gesellschaften gar nichts geben, sofern sich nicht sagen ließe, die Ausgaben bilden einen Bestandteil des Versicherungsbetriebes; denn die Generalversammlung muß dann den Reingewinn so verteilen, wie es HGB. § 213 und VAG. § 38 verlangen, wonach die Aktionäre oder Mitglieder allen Reingewinn zu erhalten haben, den nicht Gesetz oder *Statut* von der Verteilung ausnehmen, und der Vorstand hat, weil über die Reingewinnverwendung die Generalversammlung allein beschließen kann, die Verfügung darüber also nicht zur Geschäftsführungsbefugnis des Vorstandes gehört, nur das Recht, Betriebsausgaben, d. h. Ausgaben für Erwerbung, Sicherung und Erhaltung des Ertrags zu machen.

Auch wo die Generalversammlung nach dem Statut befugt ist, über den Reingewinn ganz oder zum Teil frei zu verfügen, ist die Gesellschaft außerstande, im Laufe des Geschäftsjahres für ferner liegende Dinge etwas zu leisten, sofern die Unterstützung gemeinnütziger Zwecke nicht dem Erwerbszwecke förderlich ist, denn über den Reingewinn wird nur alljährlich beschlossen. Die Direktionen aller Gesellschaften geben ständig, nicht nur vereinzelt und ausnahmsweise, für alle erdenklichen gemeinnützigen Zwecke Beiträge. Bald kommt der Staat, bald die Kirche, bald die Gemeinde, bald gemeinnützige Vereine. Sie geben sie während des Jahres aus laufenden Mitteln auf Unkostenkonto. Sie würden alle ihre Zuständigkeit überschreiten, könnten sie nicht sagen: das dient dem Unternehmen zur Empfehlung, daher mittelbar zur Erwerbung von Einkommen, ist somit Betriebsausgabe. Die Leistungen sind so regelmäßig, daß das Aufsichtsamt für Privatversicherung in seinen Rechnungslegungsvorschriften in das Gewinn- und *Verlust*konto-Schema, d. h. in das Konto, das die Versicherungsbetriebs-Ausgaben und -Verluste auszuweisen berufen ist, den Posten „freiwillige Leistungen für gemeinnützige Zwecke, insbesondere für das Feuerlöchwesen" als selbständige Rubrik eingestellt hat. Wären die Aufwendungen nicht etwas Ständiges, so hätte dafür die Rubrik „Sonstige Ausgaben" genügt.

Somit erhellt, daß die Ausgaben für gemeinnützige Zwecke entferntester Art ihre Natur nicht ändern, wenn sie aus anderer Quelle als dem Rohgewinn (Gewinnseite der Gewinn- und Verlustrechnung) gedeckt werden. Der Zusammenhang mit dem Versicherungsbetriebe bleibt der gleiche. Eine Ausgabe für ein neues Bankgebäude bleibt die gleiche, ob damit das Gebäudekonto, das Unkostenkonto oder ein Bau-Reservekonto belastet wird. So liegt auch in unserem Falle

nichts anderes vor, als eine andere Verrechnung der gemeinnützigen Ausgaben. Sie werden nicht mehr als Unkosten, sondern als Reserve-Aufwendungen gebucht, nicht mehr dem Unkosten-, sondern einem Reservekonto zur Last geschrieben. Die Ausgaben für gemeinnützige Dinge sollen erhöht und das Jahreserträgnis davon befreit werden, aber niemand denkt dabei an eine Änderung des Charakters der Gesellschaft. Sie bleibt juristisch eine reine Versicherungs-, sie wird nicht dazu eine gemeinnützige Gesellschaft. Der Gegenstand des Unternehmens wird nicht geändert. Die Pflege der Gemeinnützigkeit erfolgt nach wie vor um des Erwerbes willen. Man freut sich nur, daß diese Absicht zu gleicher Zeit die Wirkung hat, auch höheren idealen Zielen dienen zu können. Was juristisch geändert wird, ist nur die Art der Verteilung des Reingewinnes.

C. Selbst wenn aber in Wirklichkeit eine Änderung des Zweckes des Unternehmens rechtlich vorläge, dürfte diese Ausdehnung des Geschäftsbetriebes nicht deswegen ohne weiteres verboten werden, weil der neue Zweck dem bisherigen Zwecke nicht verwandt ist. Das Versicherungsgeschäft braucht nicht der alleinige, nicht einmal der Hauptgegenstand zu sein. Die Vereinigung kann in erster Linie ideale Interessen verfolgen, Standesinteressen, wie ein Kriegerverein, oder zugleich ein Bankgeschäft betreiben. S. meine Ausgabe des VAG. S. 16 und 35. Verboten werden kann die Erweiterung nur unter den Voraussetzungen von VAG. § 7.

II. Damit gelangen wir zum zweiten Punkte. Es fragt sich, ob die Einrichtung eines gemeinnützigen Fonds nicht den *Interessen* der Versicherten widerstreitet, weil damit Zwecke verfolgt werden können, welche die Versicherten unter Umständen mißbilligen und denen sie vielleicht mit voller Berechtigung geradezu gegensätzlich gegenüber stehen.

A. An eine Schädigung der Interessen der Versicherten ließe sich unter dem Gesichtspunkte denken, daß namhafte Teile des Geschäftsgewinnes gemeinnützigen Zwecken zugeführt werden dürften, die nicht den Interessen der Versicherten dienen. Allein dies wäre zu ängstlich. Die Interessen der Versicherten sind hinlänglich *geschützt.*

1. Erstens sind regelmäßig genügend viele und hohe Reserven vorhanden, außer dem gesetzlichen Reservefonds eine Reihe Spezialreserven. Dazu kommt bei den Aktiengesellschaften das Aktienkapital.

2. Zweitens ist zu beachten: wenn die Regierungen Versicherungsanstalten um Unterstützung entfernter gemeinnütziger Bestrebungen angehen, haben sie gewiß nicht die Vorstellung, der Aufwand könnte die Zahlungsfähigkeit des Unternehmens schädigen, also den Interessen der Beteiligten (Versicherten) nachteilig sein, sonst würden sie das Verlangen nicht stellen.

Interessant ist in dieser Hinsicht eine Tatsache aus der Geschichte der Aachener und Münchener Feuerversicherungsgesellschaft. Bis 1875, also 50 Jahre lang, hat sie die Hälfte ihres ganzen Gewinnes dem gemeinnützigen Fonds zugewiesen. Von da ab ließ

sie ihn nur noch an der Hälfte des lediglich durch das Versicherungsgeschäft erzielten Gewinnes teilnehmen. Maßgebend war hierbei die Erwägung, daß in vorhergehenden Jahren die Erträgnisse aus dem Versicherungsgeschäfte durch die große Konkurrenz anderer Gesellschaften wesentlich gesunken waren. Es erschien daher zweifelhaft, ob möglich sein würde, die Dividende ohne Zuhilfenahme der ganzen Erträgnisse der Gesellschaftsgelder auf der bisherigen Höhe zu erhalten. Von dem hier abgelehnten Standpunkte aus hätte die preußische Aufsichtsinstanz das Herabsetzen begrüßen müssen. In Wirklichkeit hatte sie Bedenken gegen die Schmälerung des gemeinnützigen Fonds. Sie befürchtete, daß aus dem Fonds nur mehr die Feuersicherheit gefördert werden könnte. Nur weil man ihr nachwies, daß man hoffen dürfe, die Hälfte des Gewinnes aus dem Versicherungsgeschäfte würde hinreichen, um den Durchschnittssatz der Höhe der bisherigen Verwendungen zu gemeinnützigen Zwecken aufrechtzuerhalten, stimmte sie zu. 1889 und 1892 beschloß die Generalversammlung im Interesse der Aktionäre eine weitere Minderung des Fonds, weil die Staats- und Gemeindesteuern der Gesellschaft seit 1875 erheblich gestiegen waren. Das preußische Ministerium ließ sich zur Genehmigung der Herabsetzung nur bereit finden, weil sich die Erwartung erfüllt hatte, daß trotz der Verminderung des Fonds im Jahre 1875 der Durchschnittssatz der bisherigen Verwendungen derselbe wie früher blieb.

Aus dieser Darlegung geht der Wunsch sogar von Versicherungsaufsichtsbehörden nach Unterstützung ideeller Bestrebungen durch Versicherungsgesellschaften hervor. Ist die Unterstützung keine Schädigung der Interessen der Versicherten, wenn Regierungsstellen die Gesellschaften darum ersuchen, dann kann auch keine Schädigung jener Interessen vorliegen, wenn eine Unternehmung von sich aus derartige Ziele fördert. Das Kaiserliche Aufsichtsamt hat die Richtigkeit dieser Ansicht anerkannt durch Einsetzen einer ganz generellen Position „Leistungen zu gemeinnützigen Zwecken“ in das vorgeschriebene Bilanzschema.

B. Die Interessen der Versicherten werden durch den Fonds nicht benachteiligt, sondern vielmehr *gefördert*.

Durch die Verwendung namhafter Summen des Reingewinns für gemeinnützige Zwecke aller Art erfahren weite Kreise von dem segensreichen Wirken der Gesellschaft. Ihr Kundenkreis wird erweitert; je mehr Versicherte aber eintreten, umso weiter geht die Verteilung und damit die Herabminderung des Risikos für den einzelnen Versicherten. Dadurch, daß die Beiträge zu gemeinnützigen Dingen nicht mehr aus den laufenden Mitteln, sondern aus einem Reservefonds geleistet werden, ist die Unterstützung vom Jahresergebnis ferner unabhängiger und kann deshalb die den Versicherten wieder zugute kommende Förderung des Ansehens der Gesellschaft gleichmäßiger und ununterbrochen gepflegt werden. In der Errichtung jeder Reserve liegt endlich eine Stärkung der wirtschaftlichen Solidität der Unternehmung. Je wirtschaftlich gesicherter eine Versicherungsgesellschaft, umso besser auch für die Versicherten.

Die Reichsversicherungsordnung gestattet den Trägern der öffentlichen Versicherung, ihr Vermögen in Unternehmungen anzulegen, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen, ohne zu fordern, daß die Unternehmung gerade dem betreffenden Versicherungsbedürfnis (Invalidität usw.) dient. Es genügt, wenn die Anlage den Versicherungspflichtigen auch indirekt zugute kommt. Wenn das bei der öffentlichen Versicherung ausreicht, genügt es bei der privaten, die doch im geringeren Maße gesetzlich eingeschränkt ist, auch, um das Verwenden des Reingewinns zu solchen Zwecken zu rechtfertigen.

III. Somit darf einer derartigen Satzungsänderung die Genehmigung nicht versagt werden und das Kaiserliche Aufsichtsamt hat es auch nicht getan (Rekursentscheidung vom 8. Mai 1912).

Die Verwaltungskosten der Volksversicherung.[1]

Von Mathematiker Julius Wendt (Berlin).

Die Verwaltungskosten in der Volksversicherung sind nicht unerheblich höher als in der großen Lebensversicherung. Das ist eine Tatsache, die in einem Kreise von Versicherungsfachleuten oder überhaupt von solchen Herren, die sich schon mit Fragen der Lebensversicherung beschäftigt haben, als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann. Auch die Ursachen, die zur Erhöhung der Verwaltungskosten in der Volksversicherung führen, dürften im *allgemeinen* bekannt sein. Wenn man aber einen etwas genaueren Einblick gewinnen will, muß man Maße und Zahlen zu ermitteln suchen, die die Höhe der in der Volksversicherung gebrauchten Verwaltungskosten nicht nur an und für sich, sondern auch in ihrem Verhältnis zu möglichst vielen anderen Maßen und Zahlen erscheinen lassen.

Ich habe mich daher bemüht, eine Übersicht über die Höhe und Berechnungsart der für die Verwaltungskosten bestimmten Prämienzuschläge bei verschiedenen Volksversicherungs-Gesellschaften zu gewinnen und ferner festzustellen, in welcher Weise die für die Verwaltungskosten bestimmten Zuschläge bei verschiedenen Gesellschaften verwandt werden, d. h. wieviel davon auf die einzelnen *Arten* der Verwaltungskosten, nämlich die Abschlußprovisionen, die Inkassoprovisionen und die sonstigen oder *inneren* Verwaltungskosten entfällt.

Die mir zugänglichen Unterlagen sind leider nicht ausreichend gewesen, um in *allen* Fällen vollständige Klarheit über diese Ver-

[1] Vortrag, gehalten im Zweiten Fortbildungskursus für Lebensversicherungstechniker, veranstaltet vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft in Berlin im Oktober 1913.



hältnisse zu erlangen. Wir werden uns daher mit dem begnügen müssen, was mir zu ermitteln *möglich* war.

Was zunächst die Höhe und Berechnungsart der zur Deckung der Verwaltungskosten bestimmten Teile der Tarifprämien betrifft, so sind diese, soweit mir bekannt geworden ist, bei den meisten Gesellschaften nach alter Gewohnheit als Zuschläge zu den nach Sterbetafel und Zinsfuß berechneten sogenannten Nettoprämien in Prozenten dieser Nettoprämien oder auch der danach sich ergebenden Brutto- oder Tarifprämien festgesetzt. Da die Versicherungsnehmer in vielen Fällen am Gewinn beteiligt sind, so sind die Zuschläge vielfach mit Rücksicht auf diese Gewinnbeteiligung entsprechend erhöht. Ein Vergleich der Zuschläge bei den verschiedenen Gesellschaften ist daher mit großer Vorsicht zu behandeln, und das um so mehr, als auch bei den einzelnen Gesellschaften verschiedene Sterbetafeln zur Verwendung kommen, die auf die Höhe des rechnungsmäßigen Sterblichkeitsgewinnes von erheblichem Einfluß sind.

Außerdem hängt die Höhe der Verwaltungskosten noch wesentlich davon ab, ob die Beiträge in wöchentlichen, monatlichen oder vierteljährlichen Raten gezahlt werden.

Beginnen wir mit der Volksversicherung der Victoria zu Berlin, weil ich darüber die genauesten Auskünfte zu geben in der Lage bin.

Die Victoria betreibt die Volksversicherung hauptsächlich mit *wöchentlicher* Zahlungsweise. Versicherungen mit *Monats*prämien werden nur in geringer Menge abgeschlossen. Ende 1912 betrug die Anzahl der in Kraft befindlichen Volksversicherungen mit *Wochen*prämien 3 414 987, mit *Monats*prämien waren dagegen nur 72 748 Versicherungen vorhanden, zusammen war die Anzahl der voll in Kraft befindlichen Versicherungen 3 487 735 oder ungefähr 3½ Millionen. Die Versicherungen mit Monatsprämien betrugen also nur 2,09 % des gesamten Bestandes. Die beitragsfrei gewordenen Versicherungen sind hierbei nicht mitgerechnet.

Den Berechnungen der Prämien und Prämienreserven dient als Grundlage die vom Kaiserlichen Statistischen Amt herausgegebene Sterbetafel der Reichsbevölkerung für das männliche Geschlecht aus dem Jahrzehnt 1871 bis 1881, da diese Tafel bei der Einrichtung der Volksversicherung der Victoria im Jahre 1892 die neueste war. Als Zinsfuß sind 3½ % angenommen. Hiernach sind zunächst ohne Berücksichtigung der Verwaltungskosten die sogenannten *Netto*prämien berechnet, und danach die *Tarif*prämien durch Hinzufügung eines Aufschlages, der durchschnittlich gegen 40 % der Bruttoprämie ausmacht. Dabei sind die Aufschläge für die Kinderversicherungen etwas geringer bemessen als die für erwachsene Personen. Bei den erwachsenen Personen wiederum sind die Aufschläge für die Versicherungen mit Monatsprämien etwas kleiner als für die Versicherungen mit Wochenprämien. Kinderversicherungen werden nur mit Wochenprämien abgeschlossen. Die Aufschläge sind außerdem noch in der Weise abgestuft, daß sie für die kürzeren Versicherungsdauern etwas geringer bemessen sind als für die längeren.

Am Ende des Jahres 1912 betrug die Jahres-*Brutto*prämie der bestehenden Versicherungen 76 844 142 M. und die dazu gehörige, nur nach Sterbetafel und Zinsfuß berechnete *Netto*prämie 47 613 637 M., der Aufschlag also 29 270 505 M. oder genau 38,07 % der Bruttoprämie. Nimmt man denselben Prozentsatz von der im Jahre 1912 *vereinnahmten* Prämie, die sich auf 72 940 017 M. beläuft, so erhält man 27 768 264 M. Vermehrt man diese Summe noch um die vereinnahmten Ausfertigungs- und Quittungsgebühren, die 906 333 M. ausmachten, so ergeben sich als die im Jahre 1912 für Verwaltungskosten verfügbar gewesenen Beträge im ganzen 28 624 597 M.

Vergleichen wir hiermit die tatsächlich für Verwaltungskosten aufgewandten Summen in ihren einzelnen Arten. Nach dem Rechenschaftsbericht betrugen die gesamten Verwaltungskosten 17 513 866 M. oder 23,99 % der vereinnahmten reinen Prämie. Mehr als die Hälfte hiervon, nämlich 9 581 998 M. oder 13,14 % der reinen Prämie kam dabei auf die Inkassoprovision. Bei der großen Lebensversicherung der *Victoria* sowohl als auch durchschnittlich bei *allen* deutschen Gesellschaften betrug dagegen die Inkassoprovision nur ungefähr 2 % der vereinnahmten Prämien oder etwa $^1/_7$ der gesamten Verwaltungskosten. Hieraus ist ohne weiteres schon zu erkennen, wo die Ursache für die besondere Höhe der Verwaltungskosten bei der Volksversicherung zu suchen ist. Sie liegt eben in der Notwendigkeit, die kleinen, meist in wöchentlichen Raten zu zahlenden Beiträge den Versicherungsnehmern regelmäßig aus ihren Wohnungen abholen zu lassen. Denn wenn auch in den Versicherungsbedingungen bei den meisten Volksversicherungs-Gesellschaften eine *Verpflichtung* des Versicherers zur Abholung der Beiträge nicht vorgesehen ist, so ist doch *praktisch* die Volksversicherung ohne die sorgsamste Ausführung des Einkassierens auch der kleinsten Beiträge nicht möglich. Daß die Versicherungsnehmer ihre Beiträge an eine ihnen vorgeschriebene Kassenstelle oder in Ermangelung einer solchen an die Hauptkasse der Gesellschaft abliefern, kommt nur in Ausnahmefällen vor, und daß sie dies gar regelmäßig allwöchentlich ohne Erinnerung tun sollten, ist, wie man leicht denken kann, niemals zu erreichen.

Um dem Erlöschen der Versicherungen mangels rechtzeitiger Zahlung der Beiträge vorzubeugen, sind die Versicherungs-Gesellschaften daher gezwungen, mit allen Kräften dafür zu sorgen, daß die Beiträge mit der größten Regelmäßigkeit und Pünktlichkeit eingesammelt werden. Mühe, Arbeit und Kosten hierbei zu sparen, würde Sparsamkeit an unrechter Stelle sein. Sie würde sich durch eine Steigerung der Zahl der verfallenen Versicherungen, die ohnehin leider schon beträchtlich genug ist, bitter rächen.

So *sehr* groß, wie vielfach geglaubt wird, ist übrigens die Menge der mangels Zahlung der Prämien verfallenden Volksversicherungen doch nicht.

Nach der Statistik des Kaiserlichen Aufsichtsamts bestanden zu Anfang des Jahres 1911 bei 12 deutschen Versicherungs-Gesellschaften 7 137 373 Volksversicherungen mit einer Versicherungssumme

von 1 350 891 858 M. Zu *Ende* des Jahres 1911 war der Bestand angewachsen auf 7 488 562 Versicherungen mit einer Versicherungssumme von 1 443 407 777 M. Der *durchschnittliche* Bestand des Jahres 1911 belief sich also auf 7 312 967 Versicherungen mit 1 397 149 817 M.

Durch Verfall, Verzicht und *Nichteinlösung* erloschen davon 562 600 Versicherungen mit einer Versicherungssumme von 127 933 834 M., d. s. von je 1000 des mittleren Bestandes nach der Zahl der Versicherungen gerechnet 77, und bei Rechnung nach der Versicherungssumme 91½. Leider sind in dieser Statistik die durch Verfall und Verzicht erloschenen Versicherungen mit den *nichteingelösten* zusammengefaßt. Man erhält auf diese Weise nur ein sehr unvollständiges Bild von der Bewegung des Versicherungsbestandes, das sich auch aus den gedruckten Rechenschaftsberichten der Gesellschaften *selbst* nicht vervollständigen läßt, da die Angaben über die nichteingelösten Versicherungen in den gedruckten Berichten vielfach nicht enthalten sind, sondern dem Aufsichtsamt nur handschriftlich mitgeteilt werden. Ich kann daher ein vollständiges Bild nur für die *Victoria* angeben.

Bei dieser betrug im Jahre 1911 der mittlere Bestand an Volksversicherungen 3 605 605 mit einer Versicherungssumme von 777 550 059 M. Durch Verfall, Verzicht und *Nichteinlösung* erloschen davon 250 546 Versicherungen mit einer Versicherungssumme von 65 220 643 M., d. s. von je 1000 Versicherungen des mittleren Bestandes bei Rechnung nach der Anzahl 69½, und bei Rechnung nach Versicherungssummen 84. Auf die nichteingelösten Policen *allein* kommen aber dabei 118 910 Versicherungen mit einer Versicherungssumme von 30 085 665 M., also fast die Hälfte, und ich kann wohl annehmen, daß dieses Verhältnis bei den übrigen Gesellschaften nicht viel anders sein wird. Dabei ist nun noch zu bemerken, daß in der Praxis viele der durch Nichteinlösung zunächst vereitelten Versicherungen später doch noch zustande kommen. Da aber die Versicherungsnehmer keine Prämien nachzahlen wollen oder können, werden dann neue Policen mit neuem Beginn und auch neuen Nummern ausgefertigt, und das wiederholt sich oft mehrere Male. Eine und dieselbe Versicherung wird auf diese Weise oft mehrere Male sowohl im Abgang, als auch im Zugang gezählt. Ähnlich ist es bei den Wiederbelebungen. *Deren* Anzahl war im Jahre 1911 bei der Victoria 48 026 mit einer Versicherungssumme von 11 372 751 M. Auch hier wird eine und dieselbe Versicherung nicht selten im Laufe eines Jahres wiederholt als wiederbelebt und als erloschen gezählt. Man erhält also ohne besondere Berechnung der wiederbelebten und der nichteingelösten Policen von der Bewegung des Versicherungsbestandes kein zutreffendes Bild. Durch Verfall und Verzicht *allein,* ohne Mitrechnung der nichteingelösten Policen, erloschen im Jahre 1911 bei der Victoria 131 636 Volksversicherungen mit einer Versicherungssumme von 35 134 978 M., d. s. von je 1000 Versicherungen des mittleren Bestandes bei Rechnung nach der Anzahl 36½, und bei Rechnung nach der Versicherungssumme 45. Zieht man von den erloschenen

Versicherungen auch noch die wiederbelebten ab, was *wohl* berechtigt ist, da sie zum großen Teil in demselben Jahre, und zuweilen sogar mehrere Male erloschen und wiederbelebt sind, so bleiben als wirklich mangels Prämienzahlung erloschene Versicherungen nur 83 610 mit einer Versicherungssumme von 23 762 227 M. übrig, und das sind von je 1000 des mittleren Bestandes bei Rechnung nach der Anzahl der Versicherungen 23, und bei Rechnung nach der Versicherungssumme 30½, oder mit anderen Worten, es erloschen 2,3 % des mittleren Bestandes der Versicherungen und 3,05 % der dazugehörigen Versicherungssumme. Zu wünschen wäre freilich, daß diese Zahl noch geringer würde, aber in Anbetracht der großen Schwierigkeiten, die mit der Erhaltung des Bestandes der kleinen Volksversicherungen naturgemäß verbunden sind, wird man die Menge der trotz aller Bemühungen immer noch erlöschenden Versicherungen nicht mehr als allzu groß bezeichnen können. Bei den übrigen deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften sind diese Verhältniszahlen, wenigstens soweit die Gesellschaften schon längere Zeit das Volksversicherungsgeschäft betreiben und einen größeren Bestand an Versicherungen erreicht haben, von denen der Victoria nicht sehr erheblich verschieden.

Je größer nun der Geschäftsbetrieb in der Volksversicherung wird, desto mehr Mittel hat die Leitung der Gesellschaft an der Hand, um das pünktliche Einsammeln der Beiträge, das am allermeisten zur Erhaltung des Bestandes beiträgt, wirksam und doch ohne allzu große Kosten durchzuführen. Solange an einem Orte nur wenige Volksversicherungen bestehen, kann man das Inkasso nur einem Agenten übertragen, der es im Nebenamte gegen Provisionsvergütung ausführt. Die Pünktlichkeit eines solchen Mannes ist schwer zu überwachen, und wenn er sein Amt niederlegt oder wegen Unbrauchbarkeit oder ungenügender Leistungen abgesetzt werden muß, ist nicht immer sogleich ein brauchbarer Nachfolger zu finden. Ganz anders stellt sich die Sache, wenn der Bestand an Volksversicherungen an einem Orte soweit angewachsen ist, daß das Einkassieren von Leuten besorgt werden kann, die *zu diesem Zwecke allein* angestellt sind und damit voll beschäftigt werden, so daß sie ihren *Lebensunterhalt* dadurch finden. Solchen Leuten kann man strenge Dienstvorschriften geben und sie auch wirksam zu deren Befolgung anhalten.

Die Victoria hat daher in allen größeren Städten besondere Bureaus unter dem Namen Zentralinkassostellen eingerichtet, mit deren Hilfe das Einkassieren der wöchentlichen Beiträge ganz systematisch durch besondere Boten besorgt wird, die den ihnen zugewiesenen Bezirk regelmäßig zu begehen haben und täglich durch die ihnen vorgesetzten Bureaubeamten überwacht werden, so daß die Versicherten genau wissen, an welchen Wochentagen und zu welcher Stunde sie den Boten zu erwarten haben.

Wird ein Versicherter von dem mit der Abholung der Beiträge beauftragten Boten nicht angetroffen, so hinterläßt dieser ihm eine bedruckte Karte, aus welcher der Zweck seines Besuches ersichtlich ist, und durch welche der Versicherte aufgefordert wird, den fälligen

Betrag bei der Kassenstelle direkt einzuzahlen. Trotzdem aber wiederholt der Bote seine Besuche, bis die festgesetzte achtwöchige Zahlungsfrist verstrichen ist, und die Beitragskarte an das Direktionsbureau zurückgesandt werden muß. Sind für mehrere Wochen hintereinander aus irgendwelchen Gründen keine Zahlungen geleistet, so erhalten die Versicherten durch die Kassenstelle eine briefliche Mitteilung, welche sie auf den Rückstand aufmerksam macht und zur Zahlung auffordert. Gleichzeitig wird die zuständige Generalagentur, durch deren Vermittlung seinerzeit der Versicherungsantrag gestellt wurde, benachrichtigt, damit sie den Versicherten durch den Vermittler oder sonst einen geeigneten Beamten oder Vertreter besuchen lassen kann. Hat auch das keinen Erfolg, so wird der Versicherte vor Rücksendung der Beitragskarte an das Direktionsbureau durch die Kassenstelle brieflich benachrichtigt, daß ihm die Beitragskarte wegen Ablaufs der Zahlungsfrist von dem Boten nicht mehr vorgelegt werden könne, daß es ihm jedoch noch freistehe, bis zu einem bestimmten Tage an der Kassenstelle den Rückstand zu bezahlen, später aber die Wiederbelebung der erloschenen Versicherung zu beantragen sei.

Außerdem werden die säumigen Beitragszahler noch durch besondere, eigens zu diesem Zwecke angestellte Kontrollbeamte besucht, deren Aufgabe vornehmlich darin besteht, belehrend und aufklärend auf die Versicherten einzuwirken.

Mehr als 70 % aller Wochenbeiträge werden bei der Victoria auf solche Weise kassiert. Der Rest in den kleineren Städten ist Agenten übertragen, denen die größte Pünktlichkeit in der Besorgung des Inkassos ebenfalls zur Pflicht gemacht ist.

Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, daß neue Anträge nur dort aufgenommen werden, wo das Einkassieren der Beiträge mit Sicherheit bewirkt werden kann. Sobald an einem Orte der Bestand eine solche Höhe erreicht hat, daß die Einrichtung eines eigenen Bureaus für das Inkasso lohnend erscheint, wird eine neue Zentralinkassostelle dort gegründet. Als Mindestmaß sind dazu 2000 Versicherungen mit einer Wochenprämie von 1000 M. erforderlich. Am Ende des Jahres 1912 betrug die Anzahl solcher Zentralinkassostellen bei der Victoria 144. Die Zahl der von ihnen kassierten Volksversicherungen war 2 539 681 mit einer Wochenprämie von 1 046 967 M. Durchschnittlich kamen also auf jede dieser 144 Zentralinkassostellen 17 636 Versicherungen mit einer Wochenprämie von 7270 M. Die durchschnittliche Wochenprämie für *eine* Versicherung war 41 Pf. Die Versicherungen mit Monatsprämien, die nur unerheblich sind, sind hierbei nicht mitgerechnet. Die Anzahl der bei allen diesen Zentralinkassostellen beschäftigten Einnehmer war 2360. Jeder Einnehmer hatte also durchschnittlich das Inkasso für 1076 Volksversicherungen zu besorgen mit einer Wochenprämie von 444 M. Die Summe der im Laufe des Jahres 1912 von den Zentralinkassostellen kassierten Wochenprämien war 53 034 913 M. Jeder Einnehmer sammelte also durchschnittlich im Laufe des Jahres 22 474 M. an Wochenprämien ein.

Alle durch diese Zentralinkassostellen unmittelbar entstehenden Verwaltungskosten, nämlich die Gehälter der bei den Kassenstellen beschäftigten Beamten und Einnehmer, sowie die Kosten für die den Einnehmern gelieferten Uniformen, die Miete, Beleuchtung und Heizung der Bureaus, die Fahrkosten der Einnehmer u. dgl. werden zwar zunächst unter den betreffenden Titeln verbucht, schließlich aber bei dem Jahresabschluß doch unter dem Titel Inkassoprovisionen mitverrechnet, so daß der unter *diesem* Titel im Rechenschaftsbericht der Victoria angegebene Betrag tatsächlich alle *die* Kosten enthält, die durch das Einsammeln der Beiträge entstehen, gleichviel, ob sie wirklich als Provision an *Agenten* oder auf andere Weise für die Erhaltung der Inkassostellen ausgegeben sind. Es soll damit eine möglichst getreue Übersicht über die verschiedenen *Arten* der Verwaltungskosten erreicht werden.

Die *Abschluß*provisionen betrugen im Jahre 1912 bei der Volksversicherung der Victoria 3 243 474 M., also nur etwa den dritten Teil der Inkassoprovisionen oder 4,45 % der Bruttoprämieneinnahme. Das ist nicht viel mehr als durchschnittlich auch bei den großen Lebensversicherungen an Abschlußprovision in Prozenten der gesamten vereinnahmten Prämie aufgewandt zu werden pflegt.

Die Jahresprämie des in der Volksversicherung der Victoria im Jahre 1912 erzielten Neugeschäfts betrug unter Weglassung der nichteingelösten Policen 11 069 466 M., und die dazugehörige Versicherungssumme 118 613 816 M. Die verausgabte Abschlußprovision betrug danach 29,3 % der ersten Jahresprämie oder 27,3 ‰ der neuen Versicherungssumme.

Die Höhe der Abschlußprovision trägt also zu der Steigerung der Kosten in der Volksversicherung gar nicht oder nur sehr wenig bei. Denn in der großen Lebensversicherung werden oft weit höhere Prozentsätze der ersten Jahresprämie für die Abschlußprovision verbraucht.

Auch die sonstigen oder inneren Verwaltungskosten der Volksversicherung übertreffen die der großen Lebensversicherung nicht in sehr starkem Maße. Sie betrugen bei der Victoria im Jahre 1912 ohne die Steuern und Abschreibungen 4 688 395 M. oder 6,42 % der Prämieneinnahme. Die hauptsächlichsten Posten darunter sind die Beamtengehälter mit 3,48 %, die Reisekosten mit 1,07 %, die allgemeinen Bureaukosten mit 1,03 % und die Portokosten mit 0,47 % der Prämieneinnahme. Arzthonorare, die in der großen Lebensversicherung einen erheblichen Teil der Unkosten ausmachen, fallen dagegen fast ganz weg. Die Beamtengehälter aber machen mehr als die Hälfte der gesamten inneren Verwaltungskosten aus. Die Steuern und Abschreibungen, die in dem vorhin genannten Betrage noch nicht enthalten sind, beliefen sich auf 493 468 M. Die gesamten Verwaltungskosten einschließlich der Provisionen, Steuern und Abschreibungen betrugen danach 18 007 334 M. oder 24,69 % der vereinnahmten Prämie.

Dem standen, wie wir früher sahen, als Zuschlag in den Bruttoprämien und als vereinnahmte Ausfertigungs- und Quittungsge-

bühren im ganzen 28 674 597 M. oder 39,31 % der Bruttoprämie als verfügbar gegenüber. Danach ergibt sich eine in den Gewinn fließende Ersparnis an Verwaltungskosten von 10 667 263 M. oder 14,62 % der Bruttoprämie.

Da die Nettoprämien nach der Sterbetafel der Reichsbevölkerung aus dem Jahrzehnt 1871 bis 1881 berechnet sind, die Sterblichkeit der gesamten Bevölkerung und damit auch die der Volksversicherten seitdem aber bedeutend geringer geworden ist, so ergibt sich regelmäßig ein ziemlich erheblicher Sterblichkeitsgewinn. Im Jahre 1912 betrug er 2 813 108 M. oder 3,86 % der Bruttoprämie.

Da ferner die Zinsen mit 3½ % angesetzt sind, der wirkliche Zinsertrag aber höher war, entstand ein Zinsgewinn von 2 112 484 M. oder 2,90 % der Bruttoprämie.

Dazu kommt ein rechnungsmäßiger Stornogewinn aus verfallenen Prämien- und Dividendenreserven von 683 150 M. oder 0,93 % der Bruttoprämie. Hierin sind aber auch diejenigen Dividenden enthalten, die bei Sterbefällen innerhalb der Karenzzeit erspart werden, wenn nur die geleisteten Beiträge zurückzuerstatten sind, die im Dividendenfonds bereits angesammelten Gewinnanteile aber einbehalten werden. Außerdem ist zu bemerken, daß der Stornogewinn nur ein rechnungsmäßiger ist, da ihm ein nicht unerheblicher Verlust von vergeblich aufgewandten Erwerbs- und Verwaltungskosten gegenübersteht.

Im ganzen stellte sich danach der Gewinn auf 16 276 005 M. oder 22,31 % der Bruttoprämie; und dieser Gewinn reichte aus, um den Versicherten einen Gewinnanteil von 25 % einer Jahresprämie zu überweisen, da die Prämie des ersten Versicherungsjahres nicht dividendenberechtigt ist. Für die Aktionärdividenden, Tantiemen und ähnliche Verwendungen blieb dabei allerdings nur sehr wenig übrig, nämlich 328 274 M. oder 0,45 % der vereinnahmten Bruttoprämie.

Ähnlich lagen die Verhältnisse auch in den früheren Jahren. In runden Zahlen kann man sagen, daß die Verwaltungskosten aller Art im ganzen 24½ % der Prämieneinnahme erforderten, nämlich 4½ % für Abschlußprovisionen und 13 % für Inkassoprovisionen, zusammen 17½ % für Provisionen und außerdem 7 % für die sonstigen oder inneren Verwaltungskosten, wobei die Kosten der Zentralinkassostellen den Inkassoprovisionen zugerechnet sind. Verfügbar waren dafür die in den Bruttoprämien enthaltenen Aufschläge und die vereinnahmten Ausfertigungs- und Quittungsgebühren mit rund 39 % der Bruttoprämie, so daß alljährlich etwa 14½ % der Bruttoprämie als Ersparnis dem Gewinn zufließen konnten. Dazu kommt ein Sterblichkeitsgewinn von etwa 4 %, ein Zinsgewinn von 3 % und ein Stornogewinn von nicht ganz 1 % der Bruttoprämie, in dem auch die Ersparnisse an Dividendenzahlungen bei Sterbefällen innerhalb der Karenzzeit mitenhalten sind. Der Gesamtgewinn stellte sich danach regelmäßig auf etwa 22½ % der Bruttoprämie. Er gestattete die Verteilung einer Dividende an die Versicherten von 25 % der gewinn-

berechtigten Prämien und ließ danach für Aktionärdividenden und Tantiemen noch etwa ½ % der Bruttoprämie übrig.

Wenn also auch die Tarifprämien bei der Aufnahme des Betriebes der Volksversicherung im Jahre 1892 noch nicht nach neuerer wissenschaftlicher Methode mit Hilfe aller in Betracht kommenden Rechnungsgrundlagen, sondern noch nach altem Herkommen aus den nur mit Sterbetafeln und Zinsfuß berechneten sogenannten Nettoprämien und einem Aufschlage dazu berechnet sind, so läßt sich in der Praxis doch recht gut und sicher mit ihnen wirtschaften.

Bei der zweitgrößten deutschen Volksversicherungs-Gesellschaft „Friedrich-Wilhelm“ in Berlin betrugen nach der Statistik des Kaiserlichen Aufsichtsamts im Jahre 1911

	M.
die Prämieneinnahmen der kleinen Versicherungen	*24 441 478*
die Ausgaben für Inkassoprovisionen	2 020 742
für Abschlußprovisionen	1 030 539
und für sonstige oder innere Verwaltungskosten .	4 000 751
im ganzen betrugen also die Ausgaben für Verwaltungskosten und Provisionen . . .	7 052 032

oder 28,85 % der Prämieneinnahme. In Prozenten der Prämieneinnahme kamen auf die Inkassoprovisionen 8,27 %, auf die Abschlußprovisionen 4,21 % und auf die sonstigen Verwaltungskosten 16,37 %, im ganzen, wie oben, 28,85 %.

Daß die Inkassoprovision hier bedeutend kleiner erscheint, die sonstigen Verwaltungskosten dagegen sehr viel größer sind als bei der „Victoria“, wird wahrscheinlich zum Teil daher kommen, daß bei der „Friedrich-Wilhelm“ nur die eigentlichen an die Agenten gezahlten Inkassoprovisionen als solche verrechnet werden, die Kosten für die Inkassobureaus aber unter den sonstigen oder inneren Verwaltungskosten aufgeführt sind. Teilweise wird der Grund für den geringeren Aufwand an Inkassoprovisionen aber auch darin zu suchen sein, daß die „Friedrich-Wilhelm“ eine verhältnismäßig größere Anzahl von Versicherungen mit *Monats*prämien hat. Ende 1911 betrug nämlich die Anzahl der bei der „Friedrich-Wilhelm“ in Kraft befindlichen Volksversicherungen mit Wochenprämien 1 841 370 und mit Monatsprämien 953 601, zusammen 2 794 971. Die Versicherungen mit Monatsprämien machten also etwa ⅓ des ganzen Bestandes aus.

Ähnlich wie bei der „Victoria“ und der „Friedrich-Wilhelm“ liegen die Verhältnisse auch bei den übrigen kleineren deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften, wenigstens soweit schon Berichte über ihre Tätigkeit vorliegen. Ob es den vor kurzem neugegründeten Gesellschaften, über die Berichte noch nicht vorliegen können, gelingen wird, eine wesentliche Verbilligung der Verwaltungskosten zu erzielen, muß abgewartet werden.

Für die *älteren* Gesellschaften gibt uns die Statistik des Kaiserlichen Aufsichtsamts ausführliche Auskunft. Danach betrugen im Jahre 1911 bei 12 deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften



	M.
die Prämieneinnahmen im ganzen	*112 093 215*
die Ausgaben für die Inkassoprovisionen	**12 425 838**
für Abschlußprovisionen	**5 012 554**
und für sonstige oder innere Verwaltungskosten .	**11 624 474**
im ganzen also . .	**29 062 866**

In Prozenten der Prämieneinnahme kommen:	%
auf Inkassoprovisionen	**11,09**
auf Abschlußprovisionen	**4,47**
und auf sonstige oder innere Verwaltungskosten .	**10,37**
im ganzen also . .	**25,93**

wobei zu bemerken ist, daß ein nicht unerheblicher Teil der durch das Einsammeln der Beiträge entstehenden Kosten wahrscheinlich nicht unter den Inkassoprovisionen, sondern unter den sonstigen oder inneren Verwaltungskosten verrechnet sein wird.

Auch in den früheren Jahren sind keine erheblichen Abweichungen von diesen Verhältnissen zu bemerken. Es betrugen nach der Statistik des Kaiserlichen Aufsichtsamts in den sechs Jahren von 1906 bis 1911 in Prozenten der Prämieneinnahme der Reihe nach

die Inkassoprovisionen %	die Abschlußprovisionen %	die inneren Verwaltungskosten %	die Verwaltungskosten im ganzen %
11,75	4,72	9,13	25,60
11,57	5,00	9,97	26,54
11,44	5,06	10,28	26,78
11,23	4,96	10,45	26,64
11,13	4,67	10,58	26,38
11,09	4,47	10,37	25,93

Man sieht, daß nur unerhebliche Schwankungen dabei zu verzeichnen gewesen sind. Auch der für Abschlußprovisionen aufgewandte Betrag ist ziemlich gleichmäßig geblieben. Das hängt damit zusammen, daß auch das Neugeschäft im Verhältnis zum alten Geschäft keinen erheblichen Schwankungen unterworfen gewesen ist. Es betrugen nämlich die neuen Abschlüsse in den sechs Jahren 1906 bis 1911 im Verhältnis zu den am Anfang des Jahres vorhanden gewesenen Versicherungsbeständen der Reihe nach 20,8 %, 21,8 %, 22,5 %, 22,8 %, 20,3 % und 20,8 %. Die kleinen Schwankungen in dem Prozentsatz des Neugeschäfts machen sich in entsprechend kleinen Unterschieden des Prozentsatzes der Abschlußprovision bemerkbar, sind aber auf die gesamten Unkosten nur von unerheblichem Einfluß.

Vergleichen wir hiermit die große Lebensversicherung und legen auch hierbei die amtliche Statistik zugrunde. Danach betrugen im Jahre 1911 bei 42 deutschen Versicherungs-Gesellschaften in der großen Lebensversicherung

	M.
die Prämieneinnahmen im ganzen . . .	*542 209 344*
die Ausgaben für Inkassoprovisionen . . .	9 728 228
für Abschlußprovisionen	24 208 365
und für sonstige Verwaltungskosten . . .	37 943 402
im ganzen also . .	71 879 995

In Prozenten der Prämieneinnahme kommen:	%
auf die Inkassoprovisionen	1,79
auf die Abschlußprovisionen	4,47
und auf sonstige Verwaltungskosten	7,00
im ganzen also . .	13,26

Erhebliche Abweichungen hiervon sind auch in den früheren Jahren nicht zu bemerken. Es betrugen nach der amtlichen Statistik in den sechs Jahren von 1906 bis 1911 in Prozenten der Prämieneinnahme bei der großen Lebensversicherung der Reihe nach

die Inkassoprovisionen %	die Abschlußprovisionen %	die inneren Verwaltungskosten %	die Verwaltungskosten im ganzen %
2,11	3,28	6,89	12,28
2,00	3,44	6,77	12,21
2,00	3,36	6,88	12,24
1,96	3,60	6,87	12,43
1,92	3,82	6,98	12,72
1,79	4,47	7,00	13,26

Dabei ist zu bemerken, daß im Jahre 1911 bei einer der größten Gesellschaften, nämlich der „Alten Leipziger", die Inkassoprovisionen mit unter den Abschlußprovisionen verrechnet sind; dadurch erklärt sich die kleine Verschiebung in den Prozentsätzen des letzten Jahres. Im übrigen sind auch hier, ebenso wie bei der Volksversicherung, nur unerhebliche Schwankungen zu verzeichnen gewesen. Die neuen Abschlüsse betrugen in den sechs Jahren der Reihe nach im Verhältnis zu den am Anfang des Jahres vorhanden gewesenen Beständen: 10,2 %, 10,4 %, 9,8 %, 10,7 %, 11,3 % und 12,5 %. Diese Prozentsätze, deren kleine Schwankungen sich in entsprechenden kleinen Unterschieden der Abschlußprovisionen widerspiegeln, sind nur etwa halb so groß wie die Prozentsätze für die Neuabschlüsse in der Volksversicherung. Die Abschlußprovisionen in Prozenten der Prämieneinnahme sind aber in der Volksversicherung trotzdem nur wenig größer als bei der großen Lebensversicherung.

Daraus geht hervor, daß die Abschlußprovision in der Volksversicherung im Verhältnis zum Neugeschäft nicht unerheblich geringer ist als in der großen Lebensversicherung. Der Hauptunterschied zwischen den Unkosten der großen und kleinen Versicherung liegt also in der Inkassoprovision. Die Abschlußprovisionen stellten

sich in Prozenten der Prämieneinnahme bei der großen und kleinen Versicherung im Jahre 1911 zufällig einander genau gleich, und auf die inneren Verwaltungskosten fielen im Jahre 1911 bei allen deutschen Versicherungs-Gesellschaften im großen Geschäft durchschnittlich genau so viele Prozente der Prämieneinnahme, wie bei dem Volksversicherungsgeschäft der „Victoria" allein. Wahrscheinlich würde dieser Prozentsatz auch im Durchschnitt *aller* deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften ziemlich genau mit dem des großen Lebensversicherungsgeschäfts übereinstimmen, wenn bei allen Volksversicherungs-Gesellschaften alle Unkosten des Inkassos wirklich als solche zu erkennen wären und nicht teilweise unter den sonstigen oder inneren Verwaltungskosten gesucht werden müßten.

Wie groß der Einfluß der Zahlungsweise der Prämien in den kleinen, meist wöchentlichen Raten auf die Höhe der Inkassoprovision und damit auf die Höhe der gesamten Unkosten im Betriebe der Volksversicherung ist, läßt sich sehr gut an dem Beispiel der Rothenburger Versicherungsanstalt in Görlitz erkennen. Diese betreibt zwar hauptsächlich das kleine Versicherungsgeschäft, und ihre durchschnittliche Versicherungssumme betrug Ende 1912 nur wenig mehr als bei den Volksversicherungen, nämlich 411 M., sie erhebt aber ihre Beiträge nicht in kleineren als vierteljährlichen Raten.

Im Jahre 1912 betrugen nun bei der Rothenburger Versicherungsanstalt

	M.
die Prämieneinnahmen	*5 145 976*
die Ausgaben für Inkassoprovisionen .	286 005
für Abschlußprovisionen	328 558
und für sonstige Verwaltungskosten .	310 007
im ganzen also . .	924 570

In Prozenten der Prämieneinnahme kommen davon:

	%
auf die Inkassoprovisionen	5,56
auf die Abschlußprovisionen	6,38
und auf die sonstigen Verwaltungskosten . .	6,03
im ganzen also . .	17,97

Der Hauptunterschied zwischen den Unkosten der Rothenburg und den eigentlichen Volksversicherungs-Gesellschaften betraf nach die Inkassoprovision und erklärt sich dadurch, daß bei Rothenburger die Prämien in nicht kleineren als vierteljährlic Raten zahlbar sind.

Von den jetzt neugegründeten Gesellschaften will die Volks sorge die Abschlußprovision ganz ersparen. Sie will statt dessen für jeden neuaufgenommenen Versicherungsantrag eine Sch gebühr von im ganzen 40 Pf. zahlen. Davon sollen 30 Pf. für aufnehmenden Vermittler und 10 Pf. für die örtliche V stelle bestimmt sein. Diese Schreibgebühren sollen ül



[illegible]

mehr [illegible]
rungsda[illegible]
alter 30 [illegible]
und [illegible]
bei [illegible]
35j[illegible]

[illegible]
Volks[illegible]
[illegible]
älteren [illegible]
so [illegible]
Dauer [illegible]
für [illegible]
Der [illegible]
Dauer [illegible]

[illegible]
die [illegible]
diese [illegible]
keits[illegible]
lichk[illegible]

Für [illegible]
den [illegible]
ten [illegible]
gesetz[illegible]
sionen [illegible]
komm[illegible]
dings [illegible]
Volks[illegible]
Sterb[illegible]
viel [illegible]
tafeln [illegible]
lage [illegible]

[illegible] u
[illegible] g
[illegible] g,
[illegible] en
[illegible] bei

[illegible] ns-
[illegible] en-

treibenden, Angestellten usw. erhofft wird, sehr niedrig gehalten. Sie sind geringer als bei der Volksfürsorge und steigen wie dort mit zunehmender Versicherungsdauer.

Für eine abgekürzte Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall betragen sie beispielsweise, wenn der Berechnung der Nettoprämie die neueste deutsche Volkssterbetafel zugrunde gelegt wird, für das Eintrittsalter 30 bei einer Versicherungsdauer von 15 Jahren 29 % der Bruttoprämie, bei 20jähriger Dauer 31 %, bei 25jähriger Dauer 34 %, bei 30jähriger Dauer 36½ % und bei 35jähriger Dauer 39 %. Bei Berechnung der Nettoprämien nach den älteren deutschen Volkssterbetafeln aus 1871 bis 1881 würden die Zuschläge erheblich kleiner ausfallen, nämlich für 15jährige Dauer 27 %, für 20jährige Dauer 28 %, für 25jährige Dauer 30 %, für 30jährige Dauer 32 % und für 35jährige Dauer 34 %. Der Unterschied in den Zuschlägen bei beiden Berechnungsarten beträgt also bei der kürzesten Dauer 2 % und bei der längsten Dauer 5 % der Bruttoprämie wie bei der Volksfürsorge.

Sowohl für die Anwerbung von Versicherungsanträgen, als auch für die Besorgung des Inkassos wird die deutsche Volksversicherung, wie sie in ihrem Prospekt selbst sagt, ausreichende Vergütung gewähren. Die Höhe dieser Vergütung soll von dem Maße der Arbeit abhängig sein, die geleistet wird. Die Vergütungen für die kollektiven Versicherungen von Korporationen sollen je nach der Anzahl der versicherten Mitglieder besonders hoch festgesetzt werden.

Die Verwendung dieser Vergütungen soll im Belieben der Empfänger stehen. Bei den Verträgen, welche die Deutsche Volksversicherung mit den sich ihr anschließenden Organisationen, Verbänden, Vereinen, Behörden, Arbeitgebern usw. tätigt, will sie jedoch darauf hinwirken, daß ein möglichst großer Teil der von ihr zu zahlenden Vergütungen im Interesse der Versicherten verwandt wird.

Bei der dritten Neugründung, nämlich der des Verbandes öffentlicher Lebensversicherungs-Anstalten in Deutschland, sind monatliche und wöchentliche Beitragszahlungen in Aussicht genommen, vorläufig werden jedoch nur Versicherungen mit Monatsbeiträgen abgeschlossen. Die Tarifprämien sind hier nach den neuesten wissenschaftlichen Grundsätzen unter Benutzung aller in Betracht kommenden Rechnungsgrundlagen hergestellt. Ob auch die Volksfürsorge und die Deutsche Volksversicherungs-Aktiengesellschaft ihre Tarifprämien in ähnlicher Weise berechnet haben, ist mir nicht bekannt. Als Sterbetafel dienen die neuesten deutschen Volkssterbetafeln für das Jahrzehnt 1891 bis 1900 für das männliche Geschlecht. Als Zinsfuß sind 3½ % angenommen.

Für die Tarife mit Monatsprämien werden bei der öffentlichen Volksversicherung außerdem in Rechnung gestellt:

1. Als Erwerbskosten 3 Monatsprämien.
2. Als Inkassokosten 5 % der vereinnahmten Beiträge.
3. Als innere Verwaltungskosten jährlich 1½ ‰ der Versicherungssumme für die Dauer der Prämienzahlung.
4. Als Sicherheitszuschlag jährlich 1½ ‰ der Versicherungssumme für die ganze Versicherungsdauer.



Bei der Berechnung des Deckungskapitals wird einerseits der Sicherheitszuschlag berücksichtigt, anderseits werden aber auch die Erwerbskosten mit 12½ °/₀₀ der Versicherungssumme in Rechnung gestellt.

Die Abschlußprovision entspricht danach ungefähr dem, was auch bei den privaten Volksversicherungs-Gesellschaften dafür aufgewandt zu werden pflegt. Um im übrigen mit den geringen in den Tarifprämien vorgesehenen Unkostensätzen auskommen zu können, will die öffentliche Volksversicherung für ihren Betrieb die Mitwirkung der großen Arbeiter- und Arbeitgeberverbände, sowie der gemeinnützigen wirtschaftlichen und öffentlichen Organisationen gewinnen. Auch sollen die Gemeindevorsteher durch Gründung von Vereinen für Volksversicherung in den einzelnen Gemeinden als örtliche Verwaltungsstellen der öffentlich-rechtlichen Volksversicherung ihre Mitarbeit betätigen. Diese einzelnen Organisationen oder Kassen sollen möglichst selbständig bleiben. Der Verband öffentlicher Lebensversicherungs-Anstalten will ihnen nur zuverlässige, versicherungstechnische Unterlagen zur Verfügung stellen und als wirtschaftlicher Versicherungsträger den gesamten Versicherungsbestand im Wege der totalen Rückversicherung übernehmen.

Das gleiche hat schon die im Jahre 1907 gegründete Vereinsversicherungsbank für Deutschland in Düsseldorf versucht, hat aber so wenig Erfolg damit gehabt, daß sie ihren Betrieb, den sie 1909 aufgenommen hatte, nach Verbrauch eines Organisationsfonds von fast ½ Million Mark im Mai 1913 aufgab und die vorhandenen Bestände der „Arminia" in München überwies.

Welchen Erfolg der Verband der öffentlichen Lebensversicherungs-Anstalten mit seinem gleichartigen Bestreben haben wird, läßt sich naturgemäß vorläufig noch nicht übersehen.

Für die Versicherungen mit wöchentlichen Beiträgen, deren Betrieb noch nicht aufgenommen ist, sind bei der Berechnung der Tarifprämien als Verwaltungskosten berücksichtigt:

1. Als Erwerbskosten 13 Wochenbeiträge.
2. Als Inkassokosten 7½ % der vereinnahmten Wochenbeiträge.
3. Als innere Verwaltungskosten jährlich 5 °/₀₀ der Versicherungssumme für die Dauer der Prämienzahlung und außerdem noch beinahe 4 % der Prämie dadurch, daß die Wochenprämie als der 50. Teil der Jahresprämie berechnet wird, während in Wirklichkeit 52 Wochenprämien jährlich erhoben werden.
4. Als Sicherheitszuschlag wie bei den Monatsprämien jährlich 1½ °/₀₀ der Versicherungssumme für die ganze Versicherungsdauer.

In Prozenten der Bruttoprämien stellen sich die Zuschläge zu den Nettoprämien bei der öffentlich-rechtlichen Volksversicherung noch erheblich geringer als bei der Deutschen Volksversicherung, Aktiengesellschaft, und überhaupt niedriger als bei allen anderen deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften. Sie wachsen wie bei den anderen Gesellschaften mit zunehmender Versicherungsdauer.

Für eine abgekürzte Versicherung auf den Todes- oder Erlebensfall betragen sie bei dem Eintrittsalter 30 bei wöchentlicher Prämien-

zahlung für eine Versicherungsdauer von 15 Jahren 24½ % der Bruttoprämie, bei 20jähriger Dauer 27 %, bei 25jähriger Dauer 29 %, bei 30jähriger Dauer 32 % und bei 35jähriger Dauer 34 %. Bei monatlicher Prämienzahlung sind die entsprechenden Aufschläge bei einer Versicherungsdauer von 15 Jahren nur 14 % der Bruttoprämie, bei 20jähriger Dauer 15 %, bei 25jähriger Dauer 17 %, bei 30jähriger Dauer 19 % und bei 35jähriger Dauer 20 %. Würde man der Berechnung der Nettoprämien statt der neuesten deutschen Volkssterbetafel aus dem Jahrzehnt 1891 bis 1900 die ältere Tafel aus dem Jahrzehnt 1871 bis 1881 zugrunde legen, so würden sich die Zuschläge noch bedeutend niedriger stellen. Sie würden bei wöchentlicher Zahlungsweise für 15jährige Versicherungsdauer nur 22½ %, bei 20jähriger Dauer 24 %, bei 25jähriger Dauer 26 %, bei 30jähriger Dauer 27 % und bei 35jähriger Dauer 28 % der Bruttoprämie betragen. Die Unterschiede zwischen beiden Berechnungsarten sind bei der kürzesten Dauer 2 % und bei der längsten Dauer 6 % der Bruttoprämie.

Rechnet man die Nettoprämie auch für die monatliche Zahlungsweise nach der alten Sterbetafel, so erhählt man Zuschläge, die sich bei 15jähriger Dauer auf nur 12 %, bei 20jähriger Dauer ebenfalls auf 12 %, bei 25jähriger Dauer auf 12½ % und bei 30- und 35jähriger Dauer auf nur 13 % der Bruttoprämie belaufen.

Ob es möglich sein wird, auf solcher Grundlage das Volksversicherungsgeschäft erfolgreich zu betreiben, muß erst die Zukunft erweisen.

Will man die Verwaltungskosten in der Volksversicherung herabsetzen, so ist jedenfalls klar, daß der Hebel in erster Linie bei den Inkassokosten angesetzt werden muß. Versuche in dieser Richtung sind auch schon wiederholt gemacht worden, bisher jedoch stets ohne nennenswerten Erfolg. Zuerst war es der Generaldirektor *Gerkrath* der Ältere vom „Nordstern", der schon im Jahre 1880 die Arbeiterversicherung einführte und dabei, um Kosten zu sparen, an Stelle der individuellen Versicherung der einzelnen Personen die Gruppenversicherung treten lassen wollte. Die Gelegenheit, ganze Verbände von Arbeiterklassen für einen bequemen Verkehr mit dem Arbeiterpersonal zugänglich zu machen, wollte er ausnutzen, um den Aufwand für den gesamten zahlreichen Beamtenapparat auf das kleinste Maß zu beschränken. Er rechnete dabei mit dem einsichtsvollen Wohlwollen der Arbeitgeber, die durch praktisches Entgegenkommen, z. B. durch Prämienverrechnung in Gestalt von Lohnabzügen, sehr viel Gutes für die Interessen ihrer Untergebenen stiften könnten. Überhaupt sollte die Annäherung und der Verkehr der Agenten mit ganzen Verbänden von Arbeitern den Betrieb vereinfachen und demgemäß die Verwaltungskosten so billig als möglich gestalten.

Leider hatten diese Pläne nicht den gewünschten Erfolg. Es sind wohl Verträge mit einzelnen Verbänden zustande gekommen, aber nicht in dem erhofften Umfange, und auch wo sie zustande gekommen sind, haben sie sich nicht dauernd bewährt. Der Hauptgrund für diese Mißerfolge ist darin zu suchen, daß die Arbeiter es nicht lieben, sich in ihren eigenen häuslichen Angelegenheiten von ihren Arbeitgebern

bevormunden zu lassen, und daß sie sich überhaupt gegen jede Einmischung der Arbeitgeber in ihre häuslichen Angelegenheiten ablehnend verhalten.

Auch später sind ähnliche Versuche gemacht worden, und wahrscheinlich haben auch alle Versicherungs-Gesellschaften, die jetzt die Volksversicherung betreiben, einzelne Verträge mit Arbeiterverbänden oder sonstigen Vereinigungen abgeschlossen, ohne jedoch dabei erhebliche Erfolge zu erzielen. Genaueres ist jedoch darüber aus leicht begreiflichen geschäftlichen Gründen nicht bekannt.

Auch die Vereinsversicherungsbank für Deutschland in Düsseldorf wollte ja ihr Geschäft hauptsächlich durch Abschluß von Verträgen mit Arbeitgebern und Vereinsvorständen betreiben, sie arbeitete nicht mit Wochenbeiträgen, sondern erhob die Prämien monatlich. Ihre Versicherungssummen für eine Monatsprämie von 1 M. stimmten annähernd mit denen der jetzt gegründeten öffentlichen Volksversicherung überein, doch sind die Versicherungssummen der öffentlichen Volksversicherung noch ein wenig größer als die der Düsseldorfer Vereinsbank waren. Die für Verwaltungskosten verfügbaren Zuschläge sind also bei der öffentlichen Volksversicherung noch etwas kleiner als bei der Düsseldorfer Vereinsbank. Bei der Düsseldorfer Vereinsbank betrugen die Aufschläge, wenn man die Nettoprämien nach der deutschen Volkssterbetafel von 1891 bis 1900 für das männliche Geschlecht mit einem Zinsfuß von 3½ % rechnet, für das Eintrittsalter 30 bei einer auf 20 Jahre abgekürzten Versicherung auf den Todes- oder Erlebensfall 17 % der Bruttoprämie, bei 25jähriger Dauer 19 %, bei 30jähriger Dauer 20 %, bei 35jähriger Dauer 21½ % und bei 40jähriger Dauer 22½ %.

Um mit den billigen Bruttoprämien auskommen zu können, wollte die Düsseldorfer Vereinsbank sich an bestehende Sterbekassen anschließen, Arbeitgeber zu unentgeltlicher Besorgung des Inkassos der Beiträge für ihre Angestellten und Arbeiter veranlassen und besondere Vereine für Volksversicherungen in möglichst vielen Gemeinden gründen. Sie wandte sich zu diesem Zwecke an die Bürgermeister oder Gemeindevorsteher, um sie zur Gründung solcher Vereine anzuregen, und bot den Vorständen der Vereine als Inkassoprovision 4 % der Beiträge, die der Vereinsvorstand bei seinen Mitgliedern einsammeln sollte. Diese 4 % sollten noch nicht einmal voll zur Entlohnung der Einsammler dienen, sondern es sollte aus ihnen noch ein Hilfsfonds gebildet werden, aus dem solchen Mitgliedern, die sich in vorübergehender Notlage befänden, die Prämien vorgestreckt werden könnten. Die Vereinsvorstände und Einsammler sollten also ihre Tätigkeit wenn nicht gänzlich, so doch fast gänzlich im Ehrenamte ausüben.

Daß auf solchen Grundlagen keine großen Erfolge zu erreichen waren, darf nicht wundernehmen. Die Düsseldorfer Vereinsbank hat zwar in den Jahren ihres Bestehens von 1909 bis 1912 in ihren Rechenschaftsberichten alljährlich einen Gewinn von etwas über 40 000 M. ausgewiesen, um ihren Versicherungsnehmern eine Dividende von 25 % der Prämienreserve zuwenden zu können. In Wirk-



lichkeit ist aber alljährlich ein Verlust entstanden, der aus dem Organisationsfonds gedeckt werden mußte. Nach fast vollständigem Verbrauch dieses Fonds wurde dann der Betrieb eingestellt und die vorhandenen Versicherungen wurden von der „Arminia“ in München übernommen. Bis Ende 1912 war der Volksversicherungsbestand nach fast vierjährigem Geschäftsbetrieb erst auf 17 020 Versicherungen mit einer Versicherungssumme von 4 958 976 M. angewachsen.

Es ist nicht ohne Interesse, den Verlauf dieses mit unzulänglichen Verwaltungskosten betriebenen Geschäfts ziffernmäßig zu verfolgen, wobei allerdings zu bemerken ist, daß die Gewinn- und Verlustrechnungen nur für den gesamten Geschäftsbetrieb einschließlich der großen Lebensversicherung aufgestellt wurden.

Das erste Betriebsjahr 1909 brachte bei einer Prämien- und Gebühreneinnahme von 50 320 M. und einer Zinseneinnahme von 98 643 M. trotz einer durch besondere Zuwendungen entstandenen sonstigen Einnahme von 33 910 M. einen Verlust von 17 289 M., weil die Verwaltungskosten den Betrag von 123 781 M. oder 247 % der Prämieneinnahme verschlangen. Dabei kamen auf die Abschlußprovisionen nur 597 M. oder 1,19 % der Prämie, und auf die Inkassoprovisionen 637 M. oder 1,27 %; für einen erheblichen Teil der Prämie scheint also überhaupt keine Inkassoprovision ausgegeben zu sein. Der Rest betraf die inneren Verwaltungs- und Organisationskosten. Dabei kamen allein 93 211 M. oder 186 % der Prämieneinnahme auf Beamtengehälter.

Um den entstandenen Verlust zu decken, wurden aus dem Organisationsfonds, der bei der Betriebseröffnung 480 545 M. betrug, 61 239 Mark entnommen. Auf diese Weise wurde sogar noch ein Überschuß von 43 950 M. errechnet, wovon den Aktionären 30 000 M. und den Versicherten 10 987 M. als Dividende zugewiesen wurden. Der in Wirklichkeit entstandene Verlust erscheint um so beträchtlicher, als ihm auch eine hohe, durch das voll eingezahlte Aktienkapital von 3 000 000 M. hervorgebrachte Zinseneinnahme gegenübersteht.

Im zweiten Betriebsjahre 1910 war die Einnahme an Prämien und Gebühren 255 195 M., und an Zinsen wurden 154 115 M. vereinnahmt. Dagegen wurden an Verwaltungskosten 258 509 M. oder 107 % der Prämien verausgabt. Davon kamen nur 10 642 M. oder 4,18 % der Prämien auf Abschlußprovision und 2848 M. oder 1,12 % der Prämien auf Inkassoprovision. Die inneren Verwaltungskosten dagegen verschlangen auch im zweiten Betriebsjahr noch mehr als die ganze Prämieneinnahme. Die Beamtengehälter allein betrugen 189 948 M. oder 75 % der Prämieneinnahme. Auf diese Weise entstand trotz der hohen Zinseneinnahme wiederum ein Verlust von 63 134 M. Um ihn zu decken und außerdem noch einen Überschuß von 44 040 M. errechnen zu können, wurden diesmal dem Organisationsfonds 107 174 M. entnommen. Von dem Überschuß erhielten die Aktionäre wie im Vorjahre 30 000 M. oder 1 % ihres bar eingezahlten Kapitals und die Versicherten 11 010 M. oder 25 % ihrer Prämienreserve.

Das dritte Betriebsjahr 1911 brachte an Prämien und Gebühren eine Einnahme von 571 398 M. und eine Zinseneinnahme von 160 340



Mark. Die Verwaltungskosten aber betrugen 355 342 M. oder 62 % der Prämieneinnahme, darunter 171 527 M. oder 30 % der Prämie für Beamtengehälter. Die Abschlußprovisionen waren dabei auf 53 652 M. oder 9,4 % der Prämien gestiegen. Die Inkassoprovisionen aber blieben auf dem geringen Betrag von 6830 M. oder 1,20 % der Prämien stehen. Diesmal entstand ein Verlust von 50 809 M. Es wurden aber aus dem Organisationsfonds 93 054 M. entnommen und von dem so entstandenen Überschuß von 42 245 M. den Versicherten 31 684 M. als Dividende überwiesen. Die Aktionäre mußten jetzt schon auf Dividende verzichten.

Im vierten Betriebsjahr 1912 waren die Einnahmen an Prämien und Gebühren 766 624 M., und an Zinsen wurden 172 628 M. vereinnahmt. Dagegen wurden für Verwaltungskosten 468 674 M. oder immer noch 61 % der Prämien verausgabt. Dabei waren wieder 212 446 M. oder 28 % der Prämien für Beamtengehälter verbraucht. Die Beamtengehälter machten überhaupt stets mehr als die Hälfte der *inneren* Verwaltungskosten aus, wie es übrigens auch sonst zu sein pflegt.

Die Abschlußprovisionen waren jetzt auf 104 915 M. oder 13,7 % der Prämien gestiegen, aber die Inkassoprovisionen betrugen auch jetzt nur 11 153 M. oder 1,5 % der Prämien. Der Verlust wuchs nunmehr auf 94 929 M. Zu seiner Deckung und um den Versicherten immer noch eine Dividende von 25 % der Prämienreserve überweisen zu können, wurden dem Organisationsfonds 137 582 M. entnommen und dadurch ein Gewinn von 42 653 M. errechnet, wovon die Versicherten 31 990 M. erhielten. Die Aktionäre gingen wiederum leer aus. Der Organisationsfonds aber war nun auf 81 495 M. zusammengeschmolzen, so daß der Betrieb ohne neue Mittel nicht mehr in der bisherigen Weise weitergeführt werden konnte.

An diesem Beispiel kann man m. E. deutlich erkennen, wie gefährlich der Betrieb mit unzulänglichen Verwaltungszuschlägen ganz besonders in der Volksversicherung ist. Alle Aufwendungen für die innere Verwaltung nützen nichts, wenn man nicht auch für das pünktliche und sorgfältige Einkassieren der kleinen und kleinsten Beiträge die unumgänglich nötigen Mittel bereitstellen kann oder will.

Bei weitem höher als in Deutschland stellen sich die Verwaltungskosten der Volksversicherung in England und Amerika.

Bei der „Prudential" in London, die das Volksversicherungsgeschäft schon seit dem Jahre 1848 betreibt, und die den deutschen und amerikanischen Volksversicherungs-Gesellschaften vielfach als Vorbild gedient hat, betrugen im Jahre 1912 die Prämieneinnahmen für die Volksversicherung 7 792 562 Pfund oder 155 851 340 M., also fast um die Hälfte mehr als bei allen deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften zusammengenommen. Für Inkassoprovisionen wurden dagegen 1 479 249 Pfund oder 29 584 980 M. verausgabt, das sind 18,98 %, also fast 19 % der Prämieneinnahme. Die Abschlußprovisionen kosteten 626 093 Pfund oder 12 521 860 M., das sind 8,03 % der Prämien, und die sonstigen Verwaltungskosten erforderten 984 729 Pfund oder 19 694 580 M., das sind 12,64 % der Prämie. Im ganzen kostete die Verwaltung 3 090 071 Pfund oder 61 801 420 M., das sind

39,65 % der Prämieneinnahme. Man sieht, daß auch hier auf die Inkassoprovisionen etwa die Hälfte der gesamten Unkosten entfällt. Das wird erklärlich, wenn man sich den gewaltigen Inkassoapparat vergegenwärtigt.

Um die Wochenprämien im Jahresbetrage von etwa 7¾ Millionen Pfund für 17 331 572 Policen einzusammeln, waren 17 611 Inkassoagenten erforderlich. Jeder Agent hatte also durchschnittlich das Inkasso für 984 Policen zu besorgen und sammelte im Laufe des Jahres 442 Pfund oder 8840 M. an Wochenprämien ein, wöchentlich also im Durchschnitt 170 M., und verdiente dafür an Inkassoprovisionen im Jahre 84 Pfund oder 1680 M. Man darf dabei aber nicht vergessen, daß der durchschnittliche Wochenbeitrag bei der „Prudential" nur ungefähr 2 englische Pfennige oder 16 deutsche Pfennige beträgt, wodurch die Verwaltung naturgemäß gegen die deutschen Gesellschaften, die einen durchschnittlichen Wochenbeitrag von mehr als 40 Pf. haben, verteuert werden muß. Die Anzahl der jedem Einnehmer durchschnittlich zum Inkasso überwiesenen Volksversicherungen war bei der „Prudential" 984, bei der „Victoria" war sie 1076, also nur wenig größer. Die Summe der im Laufe des Jahres kassierten Wochenprämien dagegen stellte sich bei der „Prudential" auf 8840 M., während sie bei der „Victoria" 22 474 M., also weit mehr als das Doppelte betrug. Hierin liegt ein wesentlicher Grund für die Verteuerung der Verwaltung bei der „Prudential", außerdem ist zu bedenken, daß die Entlohnung der Agenten und Beamten in England überhaupt höher als in Deutschland ist.

Bei Betrachtung der Verwaltungskosten der „Prudential" in London muß aber noch hinzugefügt werden, daß auch für Aktionärdividenden *allein aus dem Volksversicherungsgeschäft* die sehr erhebliche Summe von 590 000 Pfd. oder 11 800 000 M. entnommen wurde, und daß außerdem die Kapitalreserve der Gesellschaft aus der Volksversicherung mit 350 000 Pfd. oder 7 000 000 M. bedacht wurde. Das sind allein für Aktionärdividenden 7,57 % und für die Kapitalreserve 4,49 % der Prämieneinnahme, im ganzen wurden danach für die Verwaltung 51,71 %, also mehr als die Hälfte der Prämieneinnahme verbraucht oder, wenn man den zur Kapitalreserve gebrachten Posten nicht mitrechnen will, doch immer noch 47,02 %.

Die Aktionärdividenden, Tantiemen und ähnliche Verwendungen spielen dagegen bei den deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften nur eine ganz untergeordnete Rolle. Sie betrugen im Jahre 1912 bei der „Victoria" nur 328 274 M. oder 0,45 % der Prämieneinnahme. Bei den deutschen Volksversicherungs-Gesellschaften im ganzen noch nicht 2 Millionen Mark oder ungefähr 1½ % der Prämieneinnahme.

Ähnlich wie in England liegen die Verhältnisse in Amerika. Die dortigen großen Volksversicherungs-Gesellschaften, die „Metropolitan" in New-York und die „Prudential" in Newark verbrauchten in den letzten Jahren für Verwaltungskosten immer noch gegen 40% ihrer Prämieneinnahmen. Früher waren die Kosten noch bedeutend höher. Auch hier kommt der Hauptanteil der Kosten auf die Inkassoprovisionen. Nach einem Berichte des im Jahre 1911 verstorbenen Gründers und

1. Präsidenten der „Prudential“ in Amerika, *John F. Dryden,* betrugen die Verwaltungskosten bei der „Metropolitan“ und „Prudential“ zusammen genommen im Jahre 1900 noch 47,1 % des gesamten Einkommens an Prämien und Zinsen, ermäßigten sich aber bis zum Jahre 1905 auf 43,2 %, und bis zum Jahre 1910 auf 38,8 % der Einnahmen. Die Kosten sind also in 10 Jahren um fast 10 % der Einnahmen herabgegangen.

Diese Herabsetzung der Verwaltungskosten ist nach einem Bericht des Vizepräsidenten *Haley Fiske* von der „Metropolitan“ durch Verbesserungen in der Art der Verwaltung erzielt worden, die dazu führten, daß nicht nur die Anzahl der Außenbeamten verringert, sondern gleichzeitig das Einkommen jedes einzelnen Außenbeamten vergrößert wurde. So wurde beispielsweise die Anzahl der mit der Einsammlung der Beiträge betrauten Agenten um 3000 verringert, gleichzeitig aber stieg der Verdienst der übrig gebliebenen Agenten um etwa 50 %.

Welcher Art die Verbesserungen in der Verwaltung waren, die zu diesen Ergebnissen führten, kann ich leider nicht genauer angeben.

Immerhin sind die Verwaltungskosten der amerikanischen Volksversicherungs-Gesellschaften auch nach der Verbesserung ihrer Verwaltung noch erheblich höher als die der deutschen Gesellschaften. Denn während im Jahre 1910, wie oben erwähnt, die Verwaltungskosten bei den Amerikanern noch immer 38,8 % der Einnahme an Prämien und Zinsen erforderten, betrugen sie in demselben Jahre bei den deutschen Gesellschaften durchschnittlich nur 22,6 % der Prämien und Zinsen, waren also in Deutschland um mehr als 16 % geringer als in Amerika.

Eine wesentliche Änderung des Prozentsatzes der Verwaltungskosten im Verhältnis zu der Einnahme an reinen Prämien oder auch zu der Summe der Einnahmen an Prämien und Zinsen hat in den letzten Jahren bei den bisher vorhanden gewesenen Volksversicherungs-Gesellschaften in Deutschland nicht mehr stattgefunden, obwohl alle diese Gesellschaften nach besten Kräften bestrebt waren, die Verwaltungskosten soviel als irgend möglich zu beschränken.

Es wird von großem Interesse sein, zu beobachten, ob es den jetzt neugegründeten Gesellschaften gelingen wird, tatsächlich mit wesentlich geringeren Kosten auszukommen.

Vom Grundsatze der allgemeinen Gefahrendeckung im Seeversicherungsrechte, insbesondere die Gefahr des Verschuldens der Schiffsbesatzung.

Von Landgerichtsdirektor Dr. jur. C. Ritter (Hamburg).

I. Der Seeversicherer trägt *alle Gefahren:* HGB. § 820 Abs. 1.

Gefahr ist die Möglichkeit des Eintritts eines Schadens. Genauer: die Möglichkeit des Eintritts eines schadenstiftenden Ereignisses, die aus der Begrenztheit menschlicher Erkenntnis folgende Ungewißheit über die Entstehung Nachteile wirkender Tatsachen. Diese Begriffsbestimmung entspricht sowohl dem allgemeinen Sprachgebrauch als auch insbesondere dem des Gesetzes (ZfVW. 11. 765). In diesem Sinne ist der Ausdruck „Gefahr“ gleichbedeutend mit den Ausdrücken: „der Risiko“ (vgl. z. B. Hamb. Ass. u. Hav. Ordnung v. 10. 9. 1731 Tit. 5 Art. 1: „der Assekuradeur trägt allen Risiko und Gefahr“) oder „das Risiko“, „the risk“ (vgl. z. B. MIA. s. 23), „le risque“ (vgl. z. B. Code de C. Art. 392). Doch spricht man auch wohl von den, Gefahren ausgesetzten, Unternehmungen als von „Risiken“, z. B. von guten oder schlechten, inländischen oder ausländischen Risiken *(Ehrenberg,* Versicherungsrecht, 5).

Gefahr ist die Möglichkeit des Eintritts eines Schadens, nicht die Möglichkeit eines durch eine *bestimmte Ursache* bewirkten Eintritts eines Schadens, insbesondere nicht nur die Möglichkeit des durch *Zufall* verursachten Eintritts eines Schadens. Anders *Ehrenberg* 4: „die Möglichkeit des zufälligen Eintritts einer wirtschaftlich nachteiligen Tatsache“ (dagegen für das heutige Binnenversicherungsrecht: *Gerhard* usw., Komm. zum VVG., 284, s. aber auch 506). Es ist kein Bestandteil des Begriffs der Gefahr, daß das den Schaden unmittelbar herbeiführende Ereignis seinerseits eine bestimmte Ursache, daß es höhere Gewalt oder gewöhnlichen Zufall oder vorsätzliches oder fahrlässiges Verhalten einer bestimmten Person, insbesondere der dem Schaden ausgesetzten Person, zur Ursache hat. Will deshalb das Gesetz nicht von dem bloßen Begriffe der Gefahr ausgehen, sondern seine Rechtsfolgen mit einem Zustand verbinden, in dem z. B. durch *Zufall* Ereignisse eintreten können, die ihrerseits Schäden herbeiführen können, so muß es dies ausdrücklich aussprechen, wie dies z. B. die §§ 446, 447 BGB. getan haben, indem sie in einem bestimmten Zeitpunkte nur „die Gefahr des *zufälligen* Unterganges oder einer *zufälligen* Verschlechterung“ der gekauften Sache auf den Käufer übergehen lassen. Die Frage ist für die Fassung des Gesetzes und für die Beweislast von Bedeutung. Würde Gefahr nur die Möglichkeit des durch Zufall verursachten Eintritts eines schadenstiftenden Ereignisses sein, der Versicherer also nur diese Gefahr „tragen“, so würde es einer Vorschrift, wonach der Versicherer für den durch Verschulden des Versicherungsnehmers



herbeigeführten Schaden nicht haftet, nicht bedürfen und würde der Versicherungsnehmer zu beweisen haben, daß das Ereignis, das den Schaden verursacht hat, durch Zufall, also nicht durch sein Verschulden, herbeigeführt ist. Tatsächlich enthält aber das Seeversicherungsrecht die ausdrückliche Vorschrift, daß der Versicherer für einen durch das Verschulden des Versicherungsnehmers herbeigeführten Schaden nicht haftet (HGB. § 821 Nr. 4), während das VVG. (§ 61) sogar nur die Vorschrift enthält, daß der Versicherer nicht für den durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers herbeigeführten Schaden haftet, und stillschweigend davon ausgeht, daß der Versicherer für den durch gewöhnliche Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers herbeigeführten Schaden haftet, die Gefahr also die Möglichkeit einer durch gewöhnliche Fahrlässigkeit verursachten Entstehung eines schadenstiftenden Ereignisses umfaßt. Und allgemein anerkannt ist, daß nicht der Versicherungsnehmer zu beweisen hat, daß das schadenstiftende Ereignis durch Zufall (oder im Falle des allgemeinen Binnenversicherungsrechts: durch Zufall oder gewöhnliche Fahrlässigkeit) verursacht ist, sondern daß vielmehr der Versicherer zu beweisen hat, daß es durch das Verschulden (bzw. durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit) des Versicherungsnehmers verursacht ist.

Der Versicherer trägt *alle* Gefahren, *alle* Möglichkeiten des Eintritts eines Schadens. In diesem Sinne war es gemeint und auch richtig, wenn die älteren hamburgischen Policen die Bestimmung enthielten: „die Versicherer setzen sich vollkommen an den Platz und die Stelle des Versicherten, als ob er nicht versichert wäre" (*Benecke,* System des Assekuranz- und Bodmereiwesens, 3. 193.), oder die älteren französischen Policen bestimmten: „les assureurs se mettent au même lieu et place de l'assurée, comme si assuré ne fut" (*Benecke-Nolte,* System des Assekuranz- und Bodmereiwesens, 2. 186), oder wenn der Rev. Plan Hamb. See-Vers. im § 13 bestimmte: „der Versicherer übernimmt . . . alle Gefahren . . ., er setzt sich in die Stelle des Versicherten, um ihn von allem Schaden zu befreien". Die Auffassung, daß der Versicherer für die Folgen ungewöhnlicher und unvorhergesehener Ereignisse nicht haftet, ist aufgegeben (*Benecke* 3. 192, The Xantho 1887 12 A. C. 509). Nicht minder unbegründet ist aber die Auffassung, daß der Versicherer nur die Gefahr der Entstehung von *„Unfällen"* trägt (so ohne Begr. *Sieveking,* Deutsches Seeversicherungsrecht, 89, unter irrtüml. Anführung *Voigts,* Deutsches Seeversicherungs-Recht, 377, der an dieser Stelle nur von der wirtschaftlichen Bedeutung der Seeversicherung und der Haftung des Versicherers für Schäden handelt), sofern man nicht unter einem Unfall jedes Ereignis versteht, das Schaden stiften kann. Wenn der Versicherer nur die Gefahr der Entstehung von „Unfällen" im engeren Sinne, z. B. im Sinne *Sievekings,* der als Unfälle nur „äußere schadenbringende Ereignisse, deren Eintritt als etwas Zufälliges erscheint", angesehen wissen will, trüge, so bestände auch ein Entschädigungsanspruch des Versicherungsnehmers nur unter der Voraussetzung, daß ein solcher Unfall eingetreten ist und den Schaden verursacht

hat. Es müßte also auch der Versicherungsnehmer in jedem Falle dies beweisen, um eine Verurteilung des Versicherers zu erzielen. Dieser Standpunkt würde aber weder der Beweisnotlage gerecht werden, in der der Versicherungsnehmer sich, wenn auch nicht in allen, so doch in sehr vielen Fällen, insbesondere regelmäßig in den Fällen der Güterversicherung, befindet, noch auch dem Grundsatze der allgemeinen Gefahrendeckung entsprechen. Da der Versicherer *alle* Möglichkeiten des Eintritts eines Schadens auf sich genommen hat, braucht der Versicherungsnehmer auch nur diesen Eintritt eines Schadens zu beweisen, braucht er nur zu beweisen, daß während der Dauer der Versicherung ein Schaden entstanden ist (*Gerhard* 507, ROHG. 5. 90 für die Güterversicherung: „das Ereignis, durch welches der Schaden herbeigeführt worden, kann in der Regel der Versicherte nicht kennen, weil die Ware sich nicht in seiner Innehabung befunden hat; jedenfalls braucht er es nicht zu kennen, da der Versicherer als solcher für die Gefahr zufälliger Ereignisse einzustehen übernommen hat“). Auf das schadenstiftende Ereignis würde es nur dann ankommen, wenn der während der Dauer der Versicherung entstandene Schaden durch ein vor dem Beginne der Versicherung eingetretenes Ereignis verursacht sein könnte oder wenn der Versicherungsnehmer Ersatz eines Schadens verlangt, der erst nach der Beendigung der Versicherung entstanden, aber durch ein vorher eingetretenes Ereignis verursacht ist (vgl. unten S. 14). Insbesondere muß dies auch vom Standpunkte des HGB. gelten. Allerdings bestimmt § 882 Abs. 1 HGB., daß der Versicherte, „um den Ersatz eines Schadens fordern zu können“, dem Versicherer eine Schadensrechnung mitteilen muß, und § 882 Abs. 2, daß er „zugleich“ sein Interesse, die Hingabe des versicherten Gegenstandes an die Seegefahren, „den *Unfall,* auf den der Anspruch gestützt wird“, und den Schaden „durch genügende Belege dartun muß“. Aber diese Vorschrift betrifft tatsächlich nicht nur die Frage der *Beweislast,* sondern noch zwei andere Fragen, die mit jener in keinem inneren Zusammenhange stehen und deswegen auch z. B. vom VVG. mit Recht für sich besonders behandelt werden: die Frage der *Fälligkeit des Entschädigungsanspruchs* und die Frage der dem Versicherungsrecht eigentümlichen *Auskunftspflicht* des Versicherungsnehmers. Berücksichtigt man dies, so wird man anerkennen müssen, daß zwar in besonderen Fällen die Darlegung des Unfalls zu der dem Versicherungsnehmer obliegenden *Beweislast* gehört (dann nämlich, wenn der Schaden aus einem vor dem Beginne der Versicherung eingetretenen Unfall entstanden sein kann, oder wenn der Schaden erst nach Beendigung der Versicherung entstanden ist, aber auf einen vor der Beendigung eingetretenen Unfall zurückgeführt wird), daß aber im allgemeinen die Darlegung des Unfalls zu der dem Versicherungsnehmer obliegenden *Auskunftspflicht* gehört und den verschiedenartigen Zwecken des § 882 HGB. gemäß auch als hierzu gehörend behandelt werden muß. Der Versicherungsnehmer kann also im allgemeinen die Entschädigung verlangen, ohne den „Unfall“, der den Schaden herbeigeführt hat, beweisen zu müssen, der Versicherer zwar die Entschädigung ver-

weigern, bis die Auskunftspflicht erfüllt ist, die Entschädigung aber nicht verweigern, wenn die Auskunftspflicht unvertretbar nicht erfüllt werden kann und deshalb nach den Regeln über die Rechtsfolgen der Leistungsunmöglichkeit lediglich wegfällt. Kommt z. B. die unversehrt verladene Maschine am Bestimmungsorte zerbrochen an und kann die Ursache des Bruches nicht ermittelt werden, so braucht der Versicherungsnehmer „den Unfall, auf den der Anspruch gestützt wird", nicht „durch genügende Belege darzutun". Gesetz und Rechtsprechung haben dies wohl empfunden und sich darnach eingerichtet. Die Prot. z. ADHGB. 3553 bemerken zwar noch, daß, wenn auch § 882 Abs. 2 Nr. 3 HGB. nicht in „strengem Sinne" auszulegen sei, der Versicherungsnehmer doch „jedenfalls die Gattung des Unfalls angeben müsse und sich nicht darauf beschränken dürfe, daß er erkläre (beweise?), die Güter seien verladen worden, im Bestimmungsort aber nicht angekommen und deshalb vom Versicherer zu vergüten" (vgl. auch 4330: „es versteht sich von selbst, daß nicht das bloße Abhandenkommen einer Sache und die Vermutung, daß sie gestohlen sei, schon ausreicht, um Schadensersatz vom Assekuradeur verlangen zu können"; so auch HG. Hamburg HandGZ. 1875. 374 im Falle des Abhandenkommens von Zigarren auf der Reise von Havana nach Bremen). Aber das Gesetz selbst hat doch im § 884 Nr. 3 (worauf RG. HansGZ. Hauptbl. 1895. 7 mit Recht hinweist) als Belege, die „zum Nachweise des Unfalls genügen", insbesondere die Verklarung und das Schiffstagebuch bezeichnet und es besteht kein Grund für die Annahme, daß Verklarung und Tagebuch dann nicht genügen, wenn sie über den Unfall, z. B. über die Ursache des Bruches der unversehrt verladenen Maschine, nichts enthalten. Anderseits hält die Rechtsprechung zwar mit Recht an der Verpflichtung des Versicherungsnehmers zur Darlegung des Unfalls fest, erkennt aber auch an, daß, wenn nach Lage der Sache eine solche Darlegung nicht möglich ist, sie auch nicht zu erfolgen braucht. In HansGZ. Hauptbl. 1882. 68 erklärt das OLG. Hamburg: § 882 Abs. 2 HGB. „darf nicht dahin verstanden werden, daß immer neben der Tatsache der Beschädigung noch ein besonderer Unfall, der die Beschädigung verursacht habe, nachgewiesen werden müsse; wenn die Versicherung gegen alle Gefahr geschlossen ist, so kommt es nicht darauf an, aus welcher Ursache die Gefahr wirklich geworden, und ebensowenig darauf, ob der Versicherte eine bestimmte Ursache nachzuweisen vermag". In HansGZ. Hauptbl. 1889. 110 spricht es aus: „aus der Natur des Versicherungsvertrags muß zum Nachweise, daß die eingetretene Gefahr zu den von dem Assekuradeur übernommenen gehörte, eine Pflicht des Versicherten zur Darlegung und zum Beweise des stattgehabten Unglücks . . . anerkannt werden". Aber diese Auffassung ist offenbar verkehrt, da der Versicherer ja *alle* Gefahren übernommen hat. Sie ist dadurch beeinflußt, daß es sich um eine Kaskoversicherung handelte, der Versicherer Seeuntüchtigkeit des Schiffes einwandte und nach den dem Versicherungsvertrage zugrunde liegenden bremischen Bedingungen (§ 36) „bis zum Beweise des Gegenteils" Seeuntüchtigkeit des Schiffes als Schadensursache anzunehmen ist, wenn

das Schiff „ohne äußeren Unfall schadhaft wird“. Und schließlich hat auch diese Entscheidung nicht umhin können, anzuerkennen, „daß nicht notwendig ein genau begrenzter Vorgang, nicht z. B. die Einwirkungen von Sturm oder außerordentlichem Seegange während eines einzelnen Zeitpunkts nachgewiesen verlangt werden können, vielmehr ebensowohl die Angabe von Ursachen verschiedener Momente oder von während einer längeren Dauer anhaltenden Ursachen genügen muß, vorausgesetzt, daß ihnen die eingetretene Beschädigung beigemessen werden kann“. Dagegen hat das OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1894. 19 (Versicherung von Eiern, die durch naßgewordenes Packstroh verdorben waren) allerdings die Klage abgewiesen, weil „die Kläger einen bestimmten Unfall, auf den der Anspruch sich stützen könnte, nicht dargetan haben“. Aber das Reichsgericht, HansGZ. Hauptbl. 1895. 5, hat diese Entscheidung aufgehoben, und zwar u. a. deshalb, weil „es, zumal bei der hier vorliegenden Versicherung für eine kombinierte Reise (zu Land, über See und dann wieder zu Land), wohl selten möglich sein wird, genau anzugeben und nachzuweisen, daß die bei Beendigung des Transports der versicherten Güter festgestellte Beschädigung gerade durch diesen oder jenen bestimmten Unfall und nur diesen Unfall herbeigeführt sei und daß es deshalb dem den Versicherungsvertrag ganz besonders beherrschenden Prinzipe von Treu und Glauben zuwiderlaufen würde, wenn der Versicherer bei Übernahme der Versicherung im Schadensfalle einen Beweis von der Strenge zu verlangen beabsichtigt hätte, wie das Berufungsgericht ihn für erforderlich erachtet“ (die Beweisführung aus dem „Prinzipe von Treu und Glauben“ ist freilich nicht sehr überzeugend). OLG. Hamburg, HansGZ. 1896. 244, (Versicherung von Zucker, der naß geworden war) schließt sich den Entscheidungen HansGZ. Hauptbl. 1882. 68 und 1895. 5 an und verurteilt den Versicherer, obgleich nur feststeht, daß die Güter trocken verladen und naß angekommen sind; ähnlich OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1897. 75 (ebenfalls bei einer Versicherung von naß gewordenem Zucker). Bedenklich freilich OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1888. 27 (es handelte sich um eine Versicherung „nur für Seegefahr“; die Güter hatten infolge eines Krieges an einem Zwischenorte gelagert und waren beraubt): „Der Nachweis, daß die Waren . . verladen worden und . . bei Beendigung des Transports fehlten, genügte nicht, um die Haftung des Beklagten zu liquidieren. Der Unfall, worauf der Anspruch gestützt wird, müßte dargetan werden. Diese Pflicht trifft den Warenversicherten ebenso wie den Kaskoversicherten. Die Frage, ob sie im einzelnen Falle erfüllt ist, läßt sich allerdings nicht nach gleichen allgemeinen Regeln entscheiden. Insbesondere wird oft zu berücksichtigen sein, daß der Warenversicherte von dem Vorgange auf der versicherten Reise keine oder nur geringe Kunde zu haben pflegt und erlangen kann. Auch wird bei Auslegung der Bestimmung (des § 144 Nr. 3 ASVB. v. 1867 = § 882 Abs. 2 Nr. 3 HGB.) festzuhalten sein, daß der Zweck der letzteren der ist, die Schadensursache als eine zur Verantwortung des Assekuradeurs bestehende in Gewißheit zu setzen. Doch bedarf

es nicht immer der Bezeichnung des besonderen Unfalls, z. B. nicht, wenn die Natur des Schadens selbst es außer Zweifel stellt, daß die ursächliche Gefahr zu Lasten des Versicherers war; vgl. HansGZ. 1882 S. 68. Hier liegt die Sache anders. Eine Kriegsgefahr, für welche die Beklagten nicht haften, hat eingewirkt. Nur dann könnte man allenfalls sagen, daß die Darlegung des besonderen Unfalls von dem Kläger nicht zu fordern sei, wenn die Gefahr des Diebstahls auch bei ausgenommener Kriegsgefahr stets und überall während des Transports vom Versicherer zu tragen wäre. Dem ist aber nicht so" (bestät. RG. HansGZ. Hauptbl. 1888. 170).

Die Berufung *Sievekings* 185 auf HansGZ. Hauptbl. 1889. 195 (angeblicher Teilverlust einer Coprahladung) und 1909. 170 (angeblicher Teilverlust einer Knochenladung) ist unbegründet, weil es sich in diesem Falle nicht sowohl um den Nachweis des Unfalls, als vielmehr um den Nachweis des *Schadens* und seiner Höhe handelte. Ebenso unbegründet seine Berufung auf HansGZ. Hauptbl. 1901. 283. Diese Entscheidung beschäftigt sich mit der Frage, ob der Versicherungsnehmer des Nachweises, daß der Schaden während der Dauer der Versicherung entstanden sei, dann überhoben sei, wenn der Versicherer sich nach Feststellung des Schadens damit einverstanden erklärt, daß der Versicherungsnehmer über die Güter verfügt, und bejaht diese Frage (übrigens eine überaus bedenkliche Entscheidung).

Schließlich bezeugen auch noch die ASVB. v. 1867, daß man zur Zeit des Erlasses des § 882 HGB. die Darlegung des Unfalls nicht zur Frage der Beweislast rechnete. § 70 Nr. 1 ASVB., der für den Fall der Seeuntüchtigkeit des Schiffes den Kasko- und Frachtversicherer von der Haftung befreit, enthielt ursprünglich den bemerkenswerten Zusatz: „Wird das Schiff ohne ein seitens des Versicherten erweisliches außerordentliches Elementarereignis oder einen besonderen sonstigen Seeunfall leck oder schadhaft . ., so gilt der Schaden als durch den nicht seetüchtigen Zustand des Schiffes veranlaßt". Dieses Zusatzes würde es offenbar nicht bedurft haben, wenn man der Meinung gewesen wäre, daß der Versicherungsnehmer allgemein eine Verurteilung des Versicherers nur dann erzielen könne, wenn es ihm gelingt, einen bestimmten Unfall als die Ursache des Schadens nachzuweisen.

Hat der Versicherer nur eine *einzelne* Gefahr oder nur einzelne Gefahren übernommen, so muß der Versicherungsnehmer selbstverständlich den Versicherungsfall, also das Ereignis beweisen, durch dessen Eintritt die Leistungspflicht des Versicherers begründet wird (Begr. zum VVG. § 34). Das ist unstreitig (*Voigt,* 381, *Gerhard,* 518, *Sieveking,* 188, der irrtümlich *Gerhard* 256 als Gegner bezeichnet; vgl. auch *Tarnke* in AnnGesVW. 1907. 581, 668, 697 mit freilich bedenklichen Ausführungen über die Beweislast für den Fall, daß der Versicherer eine einzelne Gefahr, z. B. die Feuersgefahr trägt, unter gewissen Voraussetzungen aber sie nicht tragen zu wollen erklärt hat, z. B. unter der Voraussetzung nicht, daß das Feuer durch Erdbeben verursacht ist, dagegen *Wallmanns* VZ. Jahrg. 41. 2193, 2305, *Markuse*

LZ. 1907. 415, *Wach* LZ. 1907. 482). Eine solche Übernahme einer einzelnen Gefahr ist z. B. die Versicherung „nur für Kriegsgefahr“, vgl. Entwurf Allg. Deutsch. Seevers. B. § 121. Aber auch die Versicherung „frei von Beschädigung außer im Strandungsfall“ (HGB. § 851), soweit Beschädigungen in Betracht kommen; insoweit muß daher auch der Versicherungsnehmer beweisen, daß eine Strandung stattgefunden hat (HansGZ. Hauptbl. 1882. 68). § 851 Abs. 2 Satz 2 HGB. kommt dem Versicherungsnehmer nur insofern zur Hilfe, als er nach Führung dieses Beweises eine Vermutung für den ursächlichen Zusammenhang von Strandung und Schaden bestimmt.

Gefahr ist aber eben nur die *Möglichkeit* des Eintritts eines Schadens. Die begriffsmäßigen Gegensätze bilden die *Unmöglichkeit* des Eintritts eines Schadens und die *Gewißheit*. Die *Unmöglichkeit* des Eintritts eines Schadens ist für den Begriff des Versicherungsinteresses, die *Gewißheit* des Eintritts eines Schadens ist hier von Bedeutung. Nicht die *absolute* Gewißheit, da von einer solchen angesichts der Beschränktheit menschlicher Erkenntnis keine Rede sein kann, sondern die *erfahrungsmäßige* Gewißheit. Diese Gewißheit trägt der Versicherer nicht. The purpose of the policy is to secure an indemnity against accidents which may happen, not against events which must happen (The Xantho 1887, 12, App. C. 509; ähnlich bereits Merch. Trad. Comp. v. Univ. Marine Insur. Comp. 1870, L. R. 9 Q. B. 596). In *diesem* Sinne mag man denn auch, wenngleich ungenau, sagen, daß nur die Möglichkeit eines *zufälligen* Eintritts eines Schadens, nur die Möglichkeit eines *Unfalls* zu Lasten des Versicherers ist, und in diesem Sinne ist es zu verstehen, wenn Nr. 7 der Rules for Construction of the Policy (Schedule I to MJA.) bestimmt: the term „perils of the sea“ refers only to fortuitous accidents or casualties of the seas; wie der zweite Satz dieser Regel zeigt: it does not include the ordinary action of the wind and waves (vgl. auch The Xantho a. a. O.: there must be some casualty, something which could not be foreseen as one of the necessary incidents of the adventure; Hamilton v. Pandorf, 1887, 12 App. C. 524: I think the idea of something fortuitous and unexpected is involved in both words, „peril“ or „accident“; you could not speak of the danger of a ship's decay; you would know that it must decay, and the destruction of the ship's bottom by vermin is assumed to be one of the natural and certain effects of an unprotected wooden vessel sailing through certain seas). Dies ist der Grund, warum der Kaskoversicherer nicht für den durch gewöhnliche Abnutzung oder Alter verursachten Schaden haftet (no ship can navigate the ocean for any length of time, even under the most favourable circumstances, without suffering a certain degree of decay and diminution in value, which we speak of as wear and tear: *Arnould,* Marine Insurance, 8. Aufl. 938), dies der Grund, warum der Güterversicherer nicht für einen Schaden haftet, der durch eine erfahrungsgemäß notwendig eintretende Veränderung der Ware entsteht (*Arnould* 942, 943). Hiernach würde auch z. B. der Kaskoversicherer nicht haften, wenn das Schiff nach einem Hafen bestimmt wird, in dem Schiffe dieser Art erfahrungsgemäß auf Grund geraten

und infolge hiervon beschädigt werden, und der Güterversicherer nicht, wenn die Güter nach einem Hafen geschickt werden, wo sie erfahrungsgemäß infolge von Überfüllung der Warenläger ungenügend geschützt lagern und beraubt werden (*Gow*, Marine Insurance, 4. Aufl. 96). Ist im Falle der Versicherung eines endgültig bezahlten Frachtvorschusses vereinbart, daß dem Versicherer auch die Quarantänekosten zur Last fallen sollen, die der Verfrachter vom Befrachter in Form eines Frachtzuschlags ersetzt verlangen kann, so haftet der Versicherer nicht, wenn beim Beginne der Versicherung feststeht, daß Quarantänekosten entstehen werden, ein Frachtzuschlag zu zahlen ist; „denn die Versicherung wird nur gegen eine *Gefahr* übernommen, also gegen einen Schaden, von welchem der Versicherungsnehmer *möglicherweise* betroffen werden kann, nicht gegen einen Schaden, dessen Eintritt *sicher* ist, wenn der Versicherungsnehmer sich auf das unter die Versicherung fallende Unternehmen einläßt" (so treffend: RG. HansGZ. Hauptbl. 1895. 152; unr. *Sieveking* 91: der Versicherer hafte nicht, wenn der Versicherungsnehmer bei Beginn der Gefahr *wußte*, daß der versicherte Gegenstand von der Quarantänemaßregel betroffen werden würde). Hieraus folgt auch, daß der Versicherungsnehmer, wenn er Entschädigung verlangt, *beweisen* muß, daß der Schaden die Folge eines Ereignisses ist, dessen Eintritt nur möglich, nicht die Folge eines Ereignisses ist, dessen Eintritt gewiß war. Bei der Kaskoversicherung wird hierüber regelmäßig kein Zweifel sein; eher schon bei der Güterversicherung. Ist z. B. zweifelhaft, ob eine Beschädigung der Güter infolge der natürlichen Beschaffenheit der Güter und der gewöhnlichen Transportereignisse eingetreten ist oder nicht, die Beschädigung also durch ein Ereignis entstanden ist, dessen Eintritt erfahrungsgemäß gewiß, oder durch ein Ereignis, dessen Eintritt nur möglich war, so trifft die Beweislast den Versicherungsnehmer. So wohl auch *Gerhard* 507, nach dem der Versicherungsnehmer nur zu beweisen braucht: Unversehrtheit bei Beginn der Versicherung und „das Vorhandensein einer *den vertragsmäßigen Erfordernissen entsprechenden* Beschädigung während oder am Ende der Versicherung". Und wenn ROHG. 5. 91 (zustimmend *Gerhard* 507) ausspricht, „daß eine Sachlage, welche den Grund der an sich zu vertretenden Beschädigung mit Bestimmtheit nicht erkennen läßt, zum Nachteile nicht des Versicherten, sondern des Versicherers gereicht", so ist zwar auch dies richtig, aber dabei zu bemerken, daß eine Beschädigung, die ebensowohl auf ein gewiß, wie auf ein nur möglicherweise eintretendes Ereignis zurückgeführt werden kann, keine Beschädigung ist, die vom Versicherer „an sich zu vertreten" ist. Anderseits ist bei der Bestimmung des Umfangs der dem Versicherungsnehmer obliegenden Beweislast von dem Grundsatze der freien Beweiswürdigung (ZPO. § 286) und demgemäß davon auszugehen, daß als bewiesen anzunehmen ist, wovon die Wahrscheinlichkeit erbracht ist, die im gewöhnlichen Leben als Gewißheit hingenommen wird (RG. 15. 339, JurW. 1898. 577, Bolze 1 Nr. 1918, 15 Nr. 342, RG. HansGZ. Hauptbl. 1895. 6, 1897. 156).

Nach § 778 HGB. ist Gegenstand der Seeversicherung das Inter-



esse, das jemand daran hat, daß Schiff oder Ladung die Gefahren der *Seeschiffahrt* besteht. Der Versicherer trägt *alle* Gefahren, aber auch *nur* die Gefahren der Seeschiffahrt (Prot. z. ADHGB. 3221; in diesem Sinne zutreffend *Gerhard* 506: der Versicherer trägt nur „die spezifischen Transportgefahren"; anscheinend ebenso *Sieveking* 91). Die sich hieraus ergebende Beschränkung der Haftung des Versicherers ist indessen ohne erhebliche Bedeutung. Der Ausdruck „Gefahren der Seeschiffahrt" bedeutet nicht dasselbe wie „Gefahren der See", perils of the sea (vgl. hierüber MJA. Schedule I und *Arnould* 985), nicht dasselbe, wie „Gefahren der Seereise" (Prot. z. ADHGB. 4231), sondern Gefahren, die mit der durch eine Seeversicherung gedeckten Unternehmung überhaupt verbunden sind. Die Haftung des Versicherers gleicht also nicht der Haftung der Bahn, die sich nur auf die dem Bahnbetriebe *eigentümlichen* Gefahren erstreckt, oder der Haftung des Tierhalters, die sich nur auf die von Tieren drohenden *besonderen* Gefahren bezieht. Die Haftung des Versicherers bezieht sich auch auf Gefahren, die anderen Unternehmungen nicht minder eigen sind. Erfordert wird nur, daß die versicherte Unternehmung und der schädigende Erfolg in ursächlichem Zusammenhange stehen (vgl. auch unten S. 17). Ausgeschlosen sind nur Gefahren, bei denen ein solcher Zusammenhang nicht besteht. Dahin gehört z. B. die Gefahr der natürlichen Veränderung von Gütern, soweit diese auch ohne die gewöhnlichen Transportereignisse eingetreten wäre, oder die Gefahr, die für die Güter dadurch begründet wird, daß ein Arbeiter der sie herstellenden Fabrik mit den Gütern verbrecherischerweise eine Höllenmaschine verpackt hat. Dagegen ist es ein zu den Gefahren der Seeschiffahrt gehörendes Ereignis, wenn der Kessel des versicherten Dampfschiffes infolge übermäßigen Druckes explodiert (anders nach Thames & Mersey Mar. Ins. Co. v. Hamilton, Fraser & Co. 1887 12 App. C. 484, weil der Versicherer nach englischem Rechte nur bestimmte Gefahren, insbesondere perils of the sea, trägt und es sich um keine dieser bestimmten Gefahren handelt; vgl. dazu auch *Arnould* 1042, die sog. Inchmaree-Clause bei *White* MJA. 73 und jetzt: MJA. s. 55 Abs. 2c), oder wenn das Schiff oder die Güter durch andere in demselben Schiff verladene Güter beschädigt werden, oder wenn Güter dadurch beschädigt werden, daß sie in ungenügend gereinigten Laderäumen verladen sind (*Sieveking* 91; vgl. HansGZ. Hauptbl. 1912. 109).

„Während der Dauer der Versicherung" trägt der Versicherer die Gefahr. Da die Gefahr die „Möglichkeit des Eintritts eines Schadens" ist, liegt die Annahme nahe, daß der Versicherer alle Schäden und nur Schäden, die während der Dauer der Versicherung entstehen, zu ersetzen hat. Ist eine Kaskoversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1912 bis zum 31. Dezember 1912 genommen und am 30. Dezember 1911 in der Ladung Feuer ausgebrochen, so würde der Versicherer haften, wenn am 2. Januar 1912 das Feuer das Schiff ergreift; ist das Feuer am 30. Dezember 1912 ausgebrochen, so würde er nicht haften, wenn es am 2. Januar 1913 das Schiff ergreifen würde. Würde das „nur für Totalverlust" versicherte Schiff am

30. Dezember 1911 mit einem anderen Schiffe zusammenstoßen, sich bis zum 2. Januar 1912 über Wasser halten und an diesem Tage total verloren gehen, so würde der Versicherer haften; würde es am 30. Dezember 1912 zusammenstoßen und erst am 2. Januar 1913 total verloren gehen, so würde er nicht haften. Dieser Auffassung war in der Tat die ältere englische Rechtsprechung. Ein Schiff hatte drei Tage vor Ablauf der Versicherungszeit den „Todesstoß" erhalten, hatte sich noch einige Tage über den Ablauf der Versicherungszeit hinaus durch Pumpen über Wasser gehalten und war dann gesunken und total verloren gegangen; die Klage gegen die Versicherer wurde abgewiesen (Meretony v. Dunlope 1783 1. T. R. 260; dagegen aus dem Gesichtspunkte der „Billigkeit": *Benecke* 2. 448, s. auch 240, *Benecke-Nolte* 1, 322, 2. 185). Indessen hat die spätere Rechtsprechung, freilich ohne Begründung, diesen Standpunkt verlassen (*Knight v. Faith* 1850, 15 Q. B. 667; ebenso die amerikanische Rechtsprechung: *Kent* Comm. on Amer. Law[13] 3. 308). Auch die deutsche Rechtsprechung teilt ihn nicht. Sind von Übersee kommende Güter nur für die Reise von der Elbmündung nach Hamburg versichert und brennend an der Elbmündung eingetroffen, so haftet der Versicherer für den Feuerschaden auch insoweit nicht, als er auf der Reise von der Elbmündung nach Hamburg entstanden ist (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1898. 263). Ist eine Kaskoversicherung für die Dauer vom 10. November 1893 bis zum 9. November 1894 genommen, das Schiff am 17. Oktober 1894 schwer beschädigt und in einen nahen Hafen gebracht worden und hier nach Beendigung der Versicherung gekentert und reparaturunfähig geworden, so kann der Versicherungsnehmer die Rechtsfolgen der Reparaturunfähigkeit geltend machen; nach Ansicht des OLG. Hamburg folgt „aus den allgemeinen Rechtsgrundsätzen über Schadensersatzpflicht", daß der Versicherer „nicht bloß für den während laufender Police selbst entstandenen Seeschaden aufzukommen hat, sondern auch für eine Weiterentwicklung dieses ja von ihm zu vertretenden Schadens durch natürliche Umstände zwischen dem Unfall und der Regulierung, mag inzwischen auch die Zeitpolice, auf Grund deren der Versicherer haftet, abgelaufen sein" (HansGZ. Hauptbl. 1899. 146). Ist eine Motorbarkasse auf Zeit „gegen alle Gefahren, denen das Fahrzeug auf der Elbe bis abwärts nach Brunshausen ausgesetzt ist", versichert, im Hamburger Hafen gestohlen und von den Dieben bei Glückstadt auf den Strand gesetzt, beschädigt und beraubt, so haftet der Versicherer für den durch diese Beschädigung und Beraubung entstandenen Schaden, obgleich er elbabwärts von Brunshausen entstanden ist (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1910. 22). Sind Güter gegen Feuer versichert, und zwar für die Zeit, während welcher sie sich im Hafen befinden, so haftet der Versicherer, wenn zwar andere Güter schon auf hoher See, die versicherten Güter aber erst im Hafen in Brand geraten sind und der erste Brand nur „die mehr oder weniger entfernte, erste Veranlassung" zu dem Brande der versicherten Güter gewesen ist, dieser Brand also unter gewöhnlichen Verhältnissen vermieden worden wäre und etwa nur deshalb nicht

verhindert worden ist, weil die Schiffsbesatzung bei der Löschung der Güter nicht mit der erforderlichen Vorsicht verfahren ist (vgl. ROHG. 5. 199, eine Entscheidung, die sich freilich mit der Erwägung, daß der erste Brand nur „die mehr oder weniger entfernte, erste Veranlassung" zu dem Brande der versicherten Güter gewesen sei, beruhigt). Auch *Gerhard* 512 ist der Ansicht, daß es darauf ankommt, wann das schadenstiftende Ereignis sich zugetragen hat, nicht darauf, wann die Folgen entstanden sind. Ebenso *Sieveking* 90, 185.

Der Grundsatz, daß der Versicherer für alle Schäden und nur für Schäden haftet, die während der Dauer der Versicherung entstehen, wird also allgemein abgelehnt. Und mit Recht. Denn die Annahme, daß der Versicherer für alle Schäden und nur für Schäden haftet, die während der Dauer der Versicherung entstehen, wird in Wirklichkeit dem Begriffe der Gefahr durchaus nicht gerecht. Wäre das Gesetz von dieser Annahme ausgegangen, so hätte es bestimmen müssen und gewiß bestimmt, daß der Versicherer für den Schaden haftet, der während der Dauer der Versicherung entsteht. Es hat dies nicht bestimmt und nicht bestimmen können, weil es sich, wie sich aus den obigen Ausführungen ohne weiteres ergibt, dadurch in Widerspruch mit der Verkehrsauffassung gesetzt haben würde. Es hat bestimmt, daß der Versicherer während der Dauer der Versicherung die *Gefahr* trägt. Nicht der Schaden, der während der Dauer der Versicherung entsteht, soll dem Versicherer zur Last fallen, sondern die *Möglichkeit* der Entstehung eines Schadens. Nicht die Schäden, die während der Dauer der Versicherung entstehen, sollen dem Versicherungsnehmer abgenommen werden, sondern die mit der *Möglichkeit* der Entstehung von Schäden verbundene *Sorge.* Die erfahrungsmäßige *Gewißheit* der Entstehung von Schaden ist nicht zu Lasten des Versicherers (vgl. oben S. 11). Hat das „nur für Totalverlust" versicherte Schiff schon vor dem Beginne der Versicherung den Todesstoß erhalten, ist also gewiß, daß es nach dem Beginne der Versicherung total verloren geht, so haftet der Versicherer nicht (wie sich auch aus den Vorschriften des Gesetzes über die Vergangenheitsversicherung, aus § 785 HGB. und, besser, aus § 2 VVG. ergibt). Daraus folgt notwendig, daß umgekehrt, wenn die Entstehung eines Schadens während der Dauer der Versicherung erfahrungsgemäß gewiß, unvermeidlich wird, das „nur für Totalverlust" versicherte Schiff während der Dauer der Versicherung den „Todesstoß" erhalten hat, aber erst nach Beendigung der Versicherung total verloren geht, der Versicherer haftet. Daß dies richtig ist, läßt sich auch noch auf andere Weise nachweisen, wobei es sich freilich nicht umgehen lassen wird, in aller Kürze auf das auch hier wirksame Kausalitätsproblem im allgemeinen und insbesondere im Versicherungsrecht einzugehen.

Auch nach § 129 VVG. „trägt der Versicherer alle Gefahren, denen die Güter oder das Schiff während der Dauer der Versicherung ausgesetzt sind". Aber dieser Grundsatz findet hier seine Erläuterung und Ergänzung durch die allgemeinen Vorschriften des § 1 VVG., wonach der Versicherer „verpflichtet ist, nach dem Eintritte des Versicherungsfalls den *dadurch verursachten* Vermögensschaden

zu ersetzen" (vgl. auch VVG. §§ 112, 119, 144). Versteht man auch im allgemeinen unter einem Versicherungsfalle das Ereignis, mit dessen Eintritt die Leistungspflicht des Versicherers begründet ist (Begr. z. VVG. § 1) oder, dem Wortlaute gemäß, den Fall, für den die Versicherung genommen ist, so läßt doch hier der Wortlaut des Gesetzes keinen Zweifel darüber, daß mit dem Begriffe des Versicherungsfalls eine *andere* Bedeutung verbunden ist, nämlich nur die Bedeutung eines zum Kreise der übernommenen Gefahren gehörenden Ereignisses (ebenso VVG. §§ 53, 62, 144). Durch ein solches Ereignis muß der Schaden *verursacht* sein, damit der Versicherer verpflichtet erscheint, ihn zu ersetzen. Daran knüpft sich unmittelbar die Frage, in welchem Zusammenhange Ereignis und Schaden stehen müssen, damit dieser als durch jenes *verursacht* erscheint, die Frage der *Kausalität.*

Die Frage der Kausalität gehört bekanntlich zu den streitigsten Fragen sowohl der Philosophie wie der Rechtswissenschaft. Indessen ist die Problemstellung dort und hier eine ganz verschiedene. Denn für die Rechtswissenschaft handelt es sich nur um die Frage, welchen Begriff das Gesetz mit den Ausdrücken „Verursachung", „Herbeiführung" und ähnlichen verbindet oder etwa in Zukunft zu verbinden haben wird (*Traeger,* Kausalbegriff, 2). Dadurch wird erklärlich, daß die Theorie, die diese Frage in engem Anschluß an philosophische Lehren (insbesondere an die John Stuart *Mills,* Syst. d. ded. u. ind. Log., Buch 3 Kap. 5) zu lösen versucht hat und als Ursache jeden Umstand bezeichnet, der sich nicht wegdenken läßt, ohne daß der Eintritt des wirklich eingetretenen Erfolgs wegfällt (also jede conditio sine qua non; sog. Bedingungstheorie) jedenfalls im Bereiche des Zivilrechts Schiffbruch gelitten hat. Allerdings muß jede Kausalitätstheorie von den für den Erfolg unerläßlichen Bedingungen ausgehen (*Rümelin* ArchZivPrax. 90. 186, *Traeger* 38). Die Aufgabe ist, unter diesen Bedingungen diejenigen herauszufinden, auf die es rechtlich ankommt, die als Ursachen im Sinne des Gesetzes zu betrachten sind. Diese Aufgabe hat die Theorie von der adäquaten Verursachung am besten gelöst (begr. von *v. Kries* VJSch. für wiss. Philos. 12. 179 nur für das Strafrecht, fortgef. insbes. von *Rümelin* u. *Traeger*; s. neuerdings auch *Fromherz* ArchZivPrax. 110. 23). Ihr hat sich daher überwiegend die Rechtslehre und fast allgemein die Rechtsprechung angeschlossen. Ohne auf die Meinungsverschiedenheiten einzugehen, die in Einzelheiten auch unter den Anhängern dieser Theorie bestehen, begnüge ich mich damit ins Gedächtnis zurückzurufen, daß die Theorie der adäquaten Verursachung von den conditiones sine qua non nur die als Ursachen angesehen haben will, die erfahrungsgemäß (d. h. nach der zur Zeit der Beurteilung bestehenden Erfahrung) allgemein den Eintritt des wirklich eingetretenen Erfolgs nicht nur ganz unerheblich begünstigt haben oder, anders ausgedrückt, die erfahrungsgemäß allgemein die Gefahr, die Möglichkeit des Eintritts des wirklich eingetretenen Erfolgs, nicht nur ganz unerheblich erhöht haben.

Die Frage der Kausalität hat im Versicherungsverkehr besondere

Schwierigkeiten gemacht. Das erscheint, auf das deutsche Seeversicherungsrecht hingesehen, auffallend, weil nach diesem Rechte der Versicherer ja *alle* Gefahren, die Schadensfolgen *aller* Ereignisse trägt. In Wirklichkeit ist dies bekanntlich nicht der Fall, pflegen insbesondere regelmäßig gewisse Ereignisse durch Vereinbarung ausgenommen zu werden. Die mit der Kausalitätsfrage in solchen Fällen häufig verbundenen Schwierigkeiten zu überwinden, hat man die bekannte Formel causa proxima, non remota spectatur erfunden (ROHG. 5. 201, HG. Hamburg HandGZ. 1868. 178). Neuerdings hält man diese Formel für überlebt, glaubt man vielmehr auch im Versicherungsrechte mit den allgemeinen Kausalitätsgrundsätzen, insbesondere mit der Theorie der adäquaten Verursachung auskommen zu können (*Ehrenberg* ZfVW. 6. 374, *Gerhard* 256; im Anschluß an *Ehrenberg: Behrend* ZfVW. 7. 118 und *Sieveking* 186, der indessen auf die „vorwiegend wirksame" Ursache abstellt, mithin eher von der *Birkmeyer*schen Theorie der wirksamsten Bedingung auszugehen scheint; auch *Voigt* 390 will im Anschluß an OAG. Lübeck, HandGZ. 1868. 239, „die eigentliche und Hauptursache des Schadens" entscheiden lassen). Da muß nun doch schon der Umstand bedenklich stimmen, daß das englische Seeversicherungsrecht mit britischer Zähigkeit und, wie sogleich hinzugefügt werden muß, wohlüberlegt an dem Grundsatze causa proxima, non remota spectatur festhält. Die diesen Grundsatz auch im englischen Seeversicherungsverkehr zu Grabe getragen zu sehen glaubten (*Voigt* 389, OAG. Lübeck HandGZ. 1868. 239), haben sich geirrt. No principle of marine insurance law is better established than the rule causa proxima, non remota spectatur (*Chalmers-Owen* MJA. 1907. 76). Sieht man näher zu, so findet man, daß ungefähr, wenn auch nicht ganz, in demselben Umfange der Grundsatz der causa proxima auch für das deutsche Seeversicherungsrecht von Bedeutung ist.

Gewiß hat der Satz, daß causae remotae nicht in Betracht kommen, auch im Versicherungsrechte keine allgemeine Geltung. Für den Schaden, der etwa daraus entsteht, daß das Schiff in seeuntüchtigem Zustande oder nicht gehörig ausgerüstet oder bemannt oder ohne die erforderlichen Papiere in See gesandt ist (HGB. § 821 Nr. 1, vgl. VGG. § 132 Abs. 1), haftet der Kaskoversicherer selbstverständlich auch dann nicht, wenn ein Orkan die causa proxima des Untergangs ist, vorausgesetzt nur, daß im Falle der Seetüchtigkeit des Schiffes der Untergang sich hätte vermeiden lassen, haftet der Versicherer also immer dann nicht, wenn die unstatthafte Inseesendung und der Schaden in adäquatem Zusammenhange stehen. Aber eine andere Beurteilung wird regelmäßig notwendig sein, wenn der Versicherer (wie im englischen Rechte nach dem Gesetze) durch Vereinbarung nur bestimmte der mit der versicherten Unternehmung verbundenen Gefahren oder zwar im allgemeinen alle, aber einzelne Gefahren nicht übernommen hat und der Feststellung bedarf, ob ein Schaden durch ein zum Kreise der übernommenen oder der nicht übernommenen Gefahren gehörendes Ereignis verursacht ist. Und diese Fälle sind es, die im Versicherungsverkehr oft der Entschei-

dung bedürfen. Ihnen wird man mit der Theorie der adäquaten Verursachung einfach deshalb nicht beikommen können, weil sie zu Ergebnissen führt, die mit der Verkehrsanschauung und demgemäß mit dem mutmaßlichen wirklichen Willen der Parteien in Widerspruch stehen. Deshalb betont auch *Ehrenberg* (425, ZfVW. 6. 374; im Anschluß an ihn ebenso *Sieveking* 186, ferner *Gerhard* 256; s. auch *Rümelin* 235, *Traeger* 190) mit Recht, daß hier, wo die Begrenzung der Haftung des Versicherers nicht sowohl auf dem Gesetz, als vielmehr auf dem Vertrage beruht, in erster Linie der *Wille der Parteien* maßgebend ist. Und diesem Willen der Parteien, der allgemeinen Verkehrsanschauung entspricht für die Regel der Grundsatz der causa proxima durchaus, sofern man diesen Grundsatz nur auf seinen wirklichen Wert zurückführt und nicht, wie in dem oben angeführten Falle *Meretony v. Dunlope* geschehen, überspannt. Ist ein nur gegen Feuer versichertes Schiff durch Verschulden der Schiffsbesatzung in Brand geraten, so haftet der Versicherer. Ist die Feuersgefahr ausgenommen, so haftet er nicht; der Versicherungsnehmer kann sich nicht darauf berufen, daß der Versicherer wenngleich nicht die Feuersgefahr, so doch die Gefahr des Verschuldens der Schiffsbesatzung trägt. Hat der Kapitän das „nur für Seegefahr" versicherte Schiff verräterischerweise von einer kriegführenden Partei nehmen lassen, so haftet der Versicherer nicht, kann sich der Versicherungsnehmer nicht darauf berufen, daß der Schaden durch das Verschulden des Kapitäns verursacht ist (OG. Hamburg, OAG. Lübeck HandGZ. 1868. 190, 238; anders HG. Hamburg ebenda 178; auch abgedr. Kierulff, Erk. des Lüb. OAG. 4. 607). Hat der Versicherer die Feuers- oder Kriegsgefahr übernommen, so *soll* und *will* er gerade den durch Feuer oder Kriegsereignisse entstehenden Schaden ersetzen ohne Rücksicht darauf, wodurch die Ereignisse entstehen (sofern nicht etwa das Feuer oder das kriegerische Ereignis seinerseits die unvermeidliche Folge eines anderen Ereignisses ist) und den Schaden insoweit ersetzen, als er erfahrungsgemäß die unvermeidliche Folge des Feuers oder des kriegerischen Ereignisses ist. Ist dagegen die Feuers- oder die Kriegsgefahr ausgenommen, so *will* und *soll* der Versicherer von dem durch das Feuer oder das kriegerische Ereignis unvermeidlich entstehenden Schaden frei sein, es sei denn, daß das Feuer oder das kriegerische Ereignis seinerseits die unvermeidliche Folge eines anderen Ereignisses ist.

Dieser Erwägung hat sich übrigens auch das Gesetz selbst nicht ganz entziehen können. Denn es beruht keineswegs auf bloß theoretischen Überlegungen, daß § 849 HGB. den Versicherer für den Fall der Versicherung „nur für Seegefahr" nur für die „*zunächst*" durch Kriegsgefahr verursachten Schäden nicht haften läßt. Vielmehr war es die „Auffassung des Verkehrs", die den Ausschlag gab, auf die man sich dafür berief, daß hier, im Falle der Ausnahme der Kriegsgefahr, „der Kausalzusammenhang (zwischen dem versicherungsfreien Ereignis und dem Schaden) nur dann vorhanden sei, wenn der betreffende Schaden durch die Kriegsgefahr als causa proxima und nicht als causa remota veranlaßt worden sei" (Prot. z. ADHGB.

3308). Hätte das Gesetz noch andere Vereinbarungen über die Ausnahme einer einzelnen Gefahr näher zu bestimmen Anlaß gehabt, so würde es ohne Zweifel ebenso verfahren haben.[1]) Würde es z. B. die Vereinbarung über die Ausnahme der Feuersgefahr näher bestimmt haben, so würde es sicherlich bestimmt haben, daß der Versicherer nicht für die zunächst durch Feuersgefahr verursachten Schäden hafte, insbesondere nicht für die unvermeidlichen Folgen des Brandereignisses. Das Gegenstück zu einer solchen Vorschrift würde dann die Vorschrift des § 83 VVG. gebildet haben, wonach der Feuerversicherer auch den Schaden zu ersetzen hat, der die *unvermeidliche* Folge des Brandereignisses ist, als dessen causa proxima, eben mit Rücksicht auf die Unvermeidlichkeit, das Brandereignis erscheint. Vollkommen zutreffend ist also auch die Bemerkung des HG. Hamburg HandGZ. 1868. 179, daß im § 849 HGB. nur die Regel des Assekuranzrechts *Anerkennung* gefunden habe, daß es nicht auf die entferntere, sondern auf die nächste Ursache ankomme.

Der Versicherer haftet also für die unvermeidlichen Folgen versicherungsmäßiger Ereignisse, sofern diese Ereignisse nicht ihrerseits unvermeidliche Folgen versicherungsfreier Ereignisse sind, und er haftet nicht für die unvermeidlichen Folgen versicherungsfreier Ereignisse, sofern diese Ereignisse nicht ihrerseits die unvermeidlichen Folgen versicherungsmäßiger Ereignisse sind (ähnlich bereits HG., OG. Hamburg, OAG. Lübeck, Seebohm, Seerechtl. Erk. 626). Ob eine unvermeidliche Folge in diesem Sinne vorliegt, wird man nun allerdings in derselben Weise untersuchen müssen, in der man nach der Theorie von der adäquaten Verursachung zu untersuchen hat, ob ein gewisser Erfolg die Folge eines Umstandes ist, der den Eintritt dieses Erfolges erfahrungsgemäß allgemein und nicht nur ganz unerheblich begünstigt hat. Mit dieser Formel dürften auch zwei Fälle in einer der Verkehrsanschauung entsprechenden Weise

[1]) Allerdings behandelt auch § 851 HGB. eine ähnliche Vereinbarung, nämlich die Vereinbarung, daß in Ansehung von Beschädigungen der Versicherer *nur* die Gefahr der *Strandung* tragen soll. Aber mit dieser Vorschrift hat es seine eigene Bewandtnis. Die Frage der Kausalität machte bei der Beratung der ADHGB-Kommission Schwierigkeiten (Prot. z. ADHGB. 3327). Nachdem man zunächst verschiedener Meinung darüber gewesen war, ob man nicht, wie nach englischem Rechte, den Versicherer nach einem Strandungsfalle schlechtweg auch für Beschädigungen haften lassen solle, stritt man darüber, ob der Versicherer oder der Versicherungsnehmer den Beweis des Zusammenhanges zwischen Strandung und Beschädigung zu führen habe, und endlich darüber, »ob die Strandung die Ursache der Beschädigung gewesen sein müsse, wenn der Versicherer in Anspruch genommen werden solle, oder ob es genüge, wenn die Strandung nur die conditio sine qua non gewesen sei«, wobei man, wie die Protokolle weiter ergeben, als die »Ursache der Beschädigung« ihren »nächsten Grund« betrachtete. Schließlich entschloß man sich, »die Frage (der Kausalität) offen zu halten«, und einigte sich auf eine entsprechende Fassung, die aber von der Redaktionskommission geändert worden ist. § 851 HGB. beweist also weder für noch wider. M. E. wird man auch hier den Grundsatz von der causa proxima anwenden müssen, da dies, wie § 104 ASVB., ROHG. 18. 411 und HG. Hamburg, Seebohm, Seerechtl. Erk., 484 bestätigen, der Verkehrsauffassung entspricht.

ihre Erledigung finden, die *Ehrenberg* anführt und freilich teilweise anders behandelt wissen will.

Der eine Fall bietet an sich keine Besonderheiten. Die in der südamerikanischen Stadt Y. lagernden umfangreichen Warenvorräte sind gegen Feuersgefahr versichert. Es entsteht ein großer Brand, die Waren werden gerettet, aber die meisten Gebäude des Ortes, darunter alle verfügbaren Lagerräume brennen ab, und ein großer Teil der Waren muß längere Zeit im Freien gelagert werden, da auch die Eisenbahn erst sehr allmählich sämtliche Waren nach anderen Orten zu befördern vermag. Eine Woche nach dem Ausbruch des Brandes tritt ein Platzregen ein, der die Waren vollständig ruiniert (ZfVW. 6. 373). *Ehrenberg* meint, daß es (nach den Grundsätzen von der adäquaten Verursachung, die, da ein wirklicher Wille der Parteien nicht zu ermitteln sei, hier Platz greifen müßten) darauf ankomme, ob der Versicherer bei der Feststellung der Prämie diesen Schaden verständigerweise habe in Betracht ziehen können. Jeder Versicherer müsse darauf gefaßt sein, daß infolge eines Brandes die versicherten Waren ausgeräumt, zeitweise im Freien gelagert werden und dann der Schädigung durch Regen ausgesetzt sind; aber daß sie tagelang, ja eine Woche hindurch, im Freien lagern müssen und daß selbst dann noch beim Eintritt eines Regens die Unmöglichkeit besteht, die Waren in Sicherheit zu bringen, weil fast der ganze Ort abgebrannt ist und die vorhandene Eisenbahn keine genügende Leistungsfähigkeit besitzt — darauf habe er nicht gefaßt sein können, darauf habe er bei Kalkulation der Prämie keine Rücksicht nehmen können, dafür könne er deshalb auch nicht verantwortlich gemacht werden (ebenso *Sieveking*). Inzwischen (seit dem Aufsatze *Ehrenbergs*) ist das VVG. erlassen und nach § 83 VVG. würde der Versicherer jedenfalls haften. Nach § 83 VVG. haftet der Versicherer auch für die „unvermeidliche Folge des Brandereignisses“, und eine unvermeidliche Folge ist es regelmäßig, daß längere Zeit im Freien lagernde Güter durch Witterungseinflüsse mehr oder minder beschädigt werden (vgl. Begr. z. VVG.: Verderb feuerversicherter Gerste infolge der durch einen Brand verursachten Betriebsunfähigkeit der Darranlagen). Aber ganz ebenso würde auch entschieden werden müssen, wenn es sich nicht um einen Fall der Feuerversicherung, sondern um einen Fall der Transportversicherung handelte. Es kommt oft vor, daß der Transportversicherer die Haftung auch noch für eine gewisse Zeit (z. B. zehn Tage) nach der Löschung der versicherten Güter übernimmt (vgl. ASVB. § 73 Zusatz), daß er aber Diebstahlsgefahr ausschließt, weil Diebstähle am Bestimmungsorte an der Tagesordnung sind. Man nehme an, daß in dem eben erörterten Falle eine Seeversicherung unter Ausschluß der Diebstahlsgefahr für die zehntägige Lagerung am Bestimmungsorte genommen ist, die versicherten Güter aus dem angegebenen Grunde während der zehn Tage im Freien haben lagern müssen und beraubt worden sind. Ist schon unter gewöhnlichen Verhältnissen die Diebstahlsgefahr groß, so war nach den Verhältnissen des südamerikanischen Bestimmungsorts von vorneherein nicht daran zu zweifeln, daß im Freien lagernde Güter beraubt werden

würden. Die Beraubung war also die unvermeidliche Folge der Lagerung im Freien, diese die unvermeidliche Folge des Feuers. Der Versicherer haftet, wie es m. E. auch der Verkehrsanschauung entspricht, die im § 83 VVG. ihren gesetzlichen Niederschlag erfahren hat.

Größere Schwierigkeiten bietet ein anderer Fall, den *Ehrenberg,* Versicherungsrecht 429, anführt. Ein Schiff ist bei einem Versicherer unter Ausschluß der Feuersgefahr, bei einem zweiten Versicherer nur für Feuersgefahr versichert. Das Schiff wird leck, kann aber über Wasser gehalten werden. Inzwischen entsteht Feuer. Das Feuer hätte gelöscht werden können; aber es macht die Pumpen unbrauchbar, so daß das Schiff nicht mehr lenz gehalten werden kann und sinkt. Zwei selbständige Ereignisse haben zusammen den Verlust des Schiffes herbeigeführt, in adäquater Weise eine entscheidende (komplementär-entscheidende, vgl. *Traeger* 277) Bedingung zum Verluste gesetzt. Es ist also nur konsequent, wenn *Ehrenberg* beide Versicherer haften läßt. Aber es entspricht nicht der Verkehrsanschauung, die von einer so komplizierten Art der Doppelversicherung nichts wissen will. Das wird besonders klar, wenn man annimmt, daß der Versicherungsnehmer nur gegen Feuer Versicherung genommen hat, im übrigen also Selbstversicherer ist. Nach der Verkehrsanschauung haftet dann der Feuerversicherer doch sicherlich ganz, kann er nicht Ausgleichung einwenden. Und das liegt eben daran, daß die Entstehung des Feuers keine unvermeidliche Folge des Leckwerdens, die Unbrauchbarkeit der Pumpen aber eine unvermeidliche Folge des Feuers, das Feuer also die causa proxima des Verlustes gewesen ist.

Es liegt also an der Vereinbarung und ihrer Auslegung, daß die Haftung des Versicherers sich nicht allgemein nach den Grundsätzen von der adäquaten Verursachung bestimmen läßt. Wie nun die Festsetzung der vom Versicherer zu übernehmenden oder der auszunehmenden Gefahren eine Vereinbarung über die qualitative Haftungsbegrenzung, so ist die Bestimmung der *Dauer* der Versicherung eine Vereinbarung über die *zeitliche* Haftungsbegrenzung. Es müßte auffallen, wenn diese Vereinbarung von der Verkehrsanschauung anders beurteilt würde als jene. Das ist denn auch, wie oben gezeigt, tatsächlich nicht der Fall. Auch von hier aus gelangt man also zu dem Ergebnisse, daß der Versicherer für jeden Schaden und nur für den Schaden haftet, der *die unvermeidliche Folge eines während der Dauer der Versicherung eingetretenen Ereignisses* ist, vorausgesetzt, daß dieses Ereignis nicht seinerseits die unvermeidliche Folge eines vor dem Beginne der Versicherung eingetretenen Ereignisses ist.

II. Nach § 820 Abs. 1 HGB. trägt der Versicherer „alle Gefahren", nach § 820 Abs. 2 Nr. 6 trägt er „insbesondere die Gefahr der *Unredlichkeit* oder des *Verschuldens einer Person der Schiffsbesatzung,* sofern daraus für den versicherten Gegenstand ein Schaden entsteht". Eine solche Bestimmung der Haftung des Versicherers für das Verhalten der Schiffsbesatzung würde folgerichtig sein, wenn der Versicherer nicht nur grundsätzlich, sondern überhaupt und ausnahmslos alle Gefahren oder doch wenigstens aus-

nahmslos die Gefahren trüge, die von den Leuten des Versicherungsnehmers drohen. Dies ist aber nicht der Fall. Der Versicherer haftet nicht nur nicht für Schäden, die von dem Versicherten vorsätzlich oder fahrlässig verursacht werden (HGB. § 821 Nr. 4), sondern auch nicht für Schäden, die von gewissen anderen, mit der versicherten Unternehmung befaßten Leuten verursacht werden. Was für Leute dies sind, ist freilich gerade neuerdings, wo man, angeregt durch den Erlaß des VVG., dem Versicherungsrechte regeres Interesse entgegenzubringen beginnt, überaus streitig geworden. Früher begnügte man sich mit dem Satze, daß „dem Versicherten selbstverständlich ein Verschulden seines Stellvertreters schade" (RG. 9. 121, Prot. z. ADHGB. 3230), daß es „sich von selbst verstehe, daß unzweifelhafte Vertreter des Versicherten diesem durch ihr Verschulden präjudizieren" (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1883. 209, 1893. 14; zust. RG. HansGZ. Hauptbl. 1893. 191; ebenso *Lewis,* Deutsches Seerecht, 2. Aufl., 2. 381). Warum sich dies von selbst versteht oder „aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen" ergibt (so *Sieveking* 107, wohl im Anschluß an *Voigt* 409), sagte man vorsichtigerweise nicht, wie dem Leser auch überlassen blieb, sich mit dem nicht ganz gewöhnlichen Begriffe des „unzweifelhaften Vertreters" auseinanderzusetzen. Der Versuch *Sievekings* 107, diesem Begriffe Fleisch und Blut zu geben, ist vollständig gescheitert. Nach ihm „ist nur die rechtsgeschäftliche Vertretung gemeint, d. h. die Vertretung bei der Vornahme solcher Rechtsgeschäfte, welche der Versicherte selbst vornehmen würde, wenn er am Platze wäre". Eine bloße Behauptung, der jede Art von Begründung fehlt und die um so weniger begreiflich ist, als schon *Voigt,* auf den *Sieveking* hier überall zurückgeht, S. 463 lehrte: die Versicherer sind „frei von der Tragung solcher Schäden, welche von dem Versicherten selbst oder einem *Vertreter* desselben, sowie von deren *Geschäftspersonal,* durch eigene, auf den versicherten Gegenstand gerichtete kulpose *Handlungen,* durch Vernachlässigung der über die Hilfspersonen zu führenden *Aufsicht* oder durch zweckwidrige oder der Ordnung oder dem Versicherungsvertrage widersprechende *Anordnungen* verursacht worden sind". Gegenwärtig kann man die Frage, inwieweit der Versicherungsnehmer fremdes Verhalten, das Verhalten seines gesetzlichen Vertreters und seiner Leute, zu vertreten hat, jedenfalls nicht ohne Berücksichtigung der Vorschrift des § 278 BGB. behandeln, nach der der Schuldner ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten hat, wie eigenes Verschulden. M. E. ist der im § 278 BGB. bestimmte Grundsatz auch im Versicherungsrecht überall dort anwendbar, wo es sich um „Verbindlichkeiten" des Versicherungsnehmers handelt, handelt es sich auch insbesondere um eine solche Verbindlichkeit bei der Verbindlichkeit des Versicherungsnehmers, den Versicherungsfall nicht herbeizuführen. Davon gehe ich daher auch im folgenden aus. Näher kann ich auf die viel erörterte Frage der Anwendbarkeit des § 278 BGB. *hier* nicht eingehen.

Der Versicherer haftet also auch nicht für Schäden, die schuldhaft von Leuten verursacht werden, deren der Versicherungsnehmer sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient. Zu diesen Leuten gehören nun gewiß nicht „Speicherarbeiter, Küper, Packer, Transportleute u. dergl." (*Voigt* 463; ebenso *Sieveking* 107). Solcher Leute bedient sich der Versicherungsnehmer regelmäßig ebensowenig zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht, wie etwa der Mieter sich regelmäßig nicht seiner Dienstboten zur Erfüllung seiner sog. Obhutspflicht bedient (vgl. *Brodmann* Jher Jahrb. 58. 240). Er bedient sich solcher Leute vielmehr und läßt sich von ihnen bedienen zur Befriedigung gewisser Wirtschaftsbedürfnisse. Zu diesen Leuten, deren der Versicherungsnehmer sich nicht zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient, gehören also insbesondere „Transportleute", insbesondere die *Schiffsleute.* Es wäre daher auch systematisch richtig, wenn § 820 Abs. 2 Nr. 6 HGB. bestimmte, daß der Versicherer „insbesondere" die Gefahr der Unredlichkeit oder eines sonstigen Verschuldens der *Schiffsleute* trägt. § 820 Abs. 2 Nr. 6 läßt aber, hierüber hinaus, den Versicherer die Gefahr der Unredlichkeit oder des Verschuldens einer Person der Schiffs*besatzung* tragen. Und zur Schiffsbesatzung gehört auch der Schiffs*führer.*

So gewiß die Schiffsleute keine Personen sind, deren sich der Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient, so gewiß gehört zu diesen Personen der Schiffsführer. Allerdings nicht bei allen Arten der Seeversicherung. Es wäre töricht zu sagen, daß der *Güter*versicherte sich des Schiffsführers zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient. Dem *Reeder* hat er die versicherte Unternehmung anvertraut. Seiner bedient er sich, bedient er sich auch zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht. Führt der Reeder selbst den Versicherungsfall herbei, so kann und muß der Versicherungsnehmer sich an den Reeder halten, kann er sich nicht an den Versicherer halten (so auch ansch. OLG. Hamburg HansGZ. 1895. 99). Hat der *Schiffsführer* den Versicherungsfall schuldhaft herbeigeführt, so haftet der Versicherer schlechthin. Besteht auch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Schiffer ein durch das Gesetz (HGB. §§ 512, 535 bis 542) bestimmtes Rechtsverhältnis, so ist dieses doch weder ein Dienstverhältnis noch ein anderes Verhältnis, das den Schiffer als eine Person erscheinen läßt, deren der Versicherungsnehmer sich dem Versicherer gegenüber zur Erfüllung der Schadenverhütungspflicht bedient. Dasselbe ist auch bei einzelnen Versicherungen der Fall, die sich auf das *Schiff* beziehen (deshalb unr. RG. HansGZ. Hauptbl. 1903. 227 a. E.). Wenn z. B. ein Schiffsmakler die Provision versichert, die er von der Ankunft eines Schiffes im Bestimmungshafen erwartet, so kann wiederum keine Rede davon sein, daß der Schiffsführer eine Person wäre, deren der Makler sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bediente. In solchen Fällen zwischen einem „nautischen" und einem „administrativen" Verschulden des Schiffsführers zu unterscheiden, und zwar das erstere, nicht aber das letztere dem Ver-

sicherer zur Last zu legen, wäre daher, systematisch wenigstens, ganz unmöglich. Natürlich *können* die Verhältnisse auch anders liegen, kann z. B. der Schiffsführer auch bei der Güterversicherung eine Person sein, deren sich der Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient, so z. B. wenn zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Schiffsführer ein besonderes Rechtsverhältnis besteht, das den Schiffsführer (auch) als Kargadeur erscheinen läßt (*Voigt* 410, OG. Hamburg Ullrich, Samml. von seerechtl. Erk., 2. 250; für das ältere Recht: *Benecke* 3. 198) oder wenn der Versicherungsnehmer die Güter mit seinem eigenen Schiffe fahren läßt (vgl. hierüber *Voigt* 425). Von solchen Ausnahmefällen ist hier nicht die Rede.

Bei der *Kasko-* und der *Fracht*versicherung ist aber der Schiffsführer regelmäßig eine Person, deren sich der Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient und deren Verhalten er daher wie eigenes gegen sich würde gelten lassen müssen. Denn der Versicherungsnehmer bedient sich eines anderen zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten aus dem Versicherungsvertrag immer dann, wenn er den anderen *besonders* tun läßt, was zu tun ihm selbst obliegt, oder wenn er den anderen *allgemein* derart an seine Stelle setzt, daß von einer eigenen Erfüllung der Verbindlichkeiten, sei es im ganzen, sei es in einzelnen Beziehungen, nicht mehr die Rede ist, der Versicherungsnehmer sich vielmehr insoweit lediglich auf den anderen verlassen muß und verläßt. Eben deshalb hat auch das Reichsgericht (JurW. 1903. 251) mit Recht angenommen, daß der Versicherungsnehmer, wenn er sein gegen Feuer versichertes Gut durch einen anderen verwalten läßt, die Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den anderen ebenso gelten lassen muß, wie wenn er den Versicherungsfall selbst herbeigeführt hätte. Eben deshalb hat es (RG. 37. 149) mit Recht angenommen, daß der Versicherungsnehmer, wenn er die gegen Feuer versicherte Dreschmaschine einem anderen zur Benutzung in dessen Betrieb überläßt, sich also des versicherten Gegenstandes vollständig begibt und von einer Erfüllung der Schadenverhütungspflicht nur auf seiten des anderen die Rede sein kann, das grobe Verschulden des anderen, das die Zerstörung der Maschine durch Feuer herbeiführt, wie eigenes gegen sich gelten lassen muß. Dieselbe Entscheidung nimmt deshalb auch mit Recht an, daß, wenn die versicherte Fabrik die Maschine unter Eigentumsvorbehalt und ohne Gefahrübergang verkauft hat und der Käufer die Zerstörung der Maschine durch Feuer grobfahrlässig verursacht, der Versicherer nicht zu entschädigen braucht. In dem RG. 51. 22 behandelten Falle hat das Reichsgericht das Verschulden der Ehefrau des Versicherten diesem nur deshalb nicht angerechnet, weil nicht festgestellt war, daß der Versicherungsnehmer sich seiner Ehefrau anders als einer gewöhnlichen Handlungsgehilfin bedient hatte.

Gehört also bei der Kasko- und der Frachtversicherung der Schiffsführer zu den Personen, deren Verhalten der Versicherungsnehmer nach gemeinbürgerlichem Rechte wie eigenes gegen sich

würde gelten lassen müssen, so enthält die einem regelmäßigen Bedürfnisse des Wirtschaftslebens entsprungene besondere Bestimmung des Seeversicherungsrechts, daß das Verhalten des Schiffsführers vom Versicherungsnehmer *nicht* vertreten zu werden braucht, eine *Ausnahme* von jenem Grundsatze des gemeinbürgerlichen Rechtes. Und wenngleich dieser Grundsatz des gemeinbürgerlichen Rechtes den seeversicherungsrechtlichen Grundsatz von der allgemeinen Gefahrendeckung beschränkt, eine Ausnahme davon bildet und die Anerkennung der Haftung des Versicherers für das Verhalten des Schiffsführers mithin eine teilweise Rückkehr zum Grundsatze der allgemeinen Gefahrendeckung bedeutet, so ist es doch vom gesetzestechnischen Standpunkt aus nicht zu rechtfertigen, diese Rückkehr dadurch zum Ausdruck zu bringen, daß man anordnet, der Versicherer trage „insbesondere die Gefahr der Unredlichkeit oder des Verschuldens einer Person der Schiffsbesatzung, sofern daraus für den versicherten Gegenstand ein Schaden entsteht", hätte man vielmehr den Umfang der Haftung des Versicherungsnehmers für das Verhalten dritter, bei der Erfüllung der Verbindlichkeiten aus dem Versicherungsvertrage mitwirkender Personen besonders bestimmen und dabei anordnen sollen, daß der Versicherungsnehmer das Verhalten des Schiffsführers als solchen nicht zu vertreten hat. Indessen, handelte es sich insoweit nur um einen Kunstfehler, so wäre davon nicht viel Aufhebens zu machen. Aber es handelt sich um mehr.

Nach § 820 HGB. trägt der Versicherer „insbesondere die Gefahr der Unredlichkeit oder des Verschuldens einer Person der Schiffsbesatzung, sofern daraus für den versicherten Gegenstand ein Schaden entsteht", d. h. sofern dadurch ein nach dem Versicherungsvertrag ersatzfähiger Schaden entsteht (vgl. Prot. z. ADHGB. 3222, 4331). Nimmt man das Gesetz beim Wort, so würde der Versicherer für jeden (ersatzfähigen) Schaden einzustehen haben, den der Schiffsführer irgendwie schuldhaft verursacht hat, also auch etwa für den Schaden, den er in anderer Eigenschaft als der eines Schiffsführers, in Ausführung eines besonderen oder allgemeineren Auftrages des Versicherungsnehmers schuldhaft herbeigeführt hat. Man hat deshalb dem Gesetze Daumschrauben angelegt und eine Entdeckung gemacht, die ebenso unglücklich wie steril ist; unglücklich, weil sie von so starker Willkürlichkeit ist, daß sie sich widerspruchslos von Geschlecht zu Geschlecht vererbt hat; steril, weil sie (vielleicht von einem Fall abgesehen, in dem sie zu vollständiger Verwirrung geführt hat: HansGZ. 1885. 22) weder Gutes noch Böses gestiftet hat. Man hat in der Brust des Schiffsführers zwei Seelen entdeckt: eine *„nautische"* und eine *„administrative"*. Beide wohnen unmittelbar nebeneinander. Die Grenze ist zwar leider „einigermaßen unsicher und schwankend" (*Gerhard* 518). Aber sie besteht doch und wird im Anschluß an ein Erkenntnis des OAG. Lübeck (Bremer Samml. 3. 429 = Hamburg. Samml. 2. 1029 Anm.) von *Voigt* 412 und seinen Nachfolgern wie folgt bestimmt: „Der eine *(nautische)* Teil der Funktionen des Schiffers umfaßt die Funktionen, welche sich auf die aus-

zuführende Seefahrt beziehen. In betreff desjenigen, was während derselben an nautischen Maßregeln zu beschließen und zum Teil von dem Schiffer selbst, zum Teil von den unter seiner Oberleitung stehenden Schiffsangestellten auszurichten ist, hat derselbe eine selbständige Stellung, in welcher alles seinem sachkundigen Ermessen und seiner Gewissenhaftigkeit deshalb überlassen ist und bleiben muß, weil sein Prinzipal, der Reeder, weder befähigt noch in der Lage ist, eine Einwirkung auf des Schiffers Verfügungen ausüben zu können. Den anderen *(administrativen)* Teil der Funktionen des Schiffers bilden alle Leistungen, welche außer der Seefahrt für den Zweck der Seeunternehmung zu erfüllen sind. Dahin gehört sowohl alles, was auf die Vorbereitung der Reise und die Erledigung der Schiffsangelegenheiten am Bestimmungsorte sich bezieht, als auch dasjenige, was in Fällen einer Unterbrechung oder Störung der Reise für den Zweck der Fortsetzung derselben, unter außerordentlichen Umständen sogar für deren vorzeitige Beendigung, zur Ausführung zu bringen ist. Die Unterscheidung der beiden Funktionen bestimmt sich nach dem Ort, der Zeit und den sonstigen Umständen der von dem Schiffer zu leistenden Tätigkeit, nicht danach, ob er allgemeinen Zweckmäßigkeitserwägungen zu folgen oder technische Kenntnisse zur Anwendung zu bringen hat, wie dies letztere z. B. bei der Ausrüstung des Schiffes, der Stauung, der Schätzung der Tragfähigkeit des Schiffes u. dergl. erforderlich ist". Ebenso ROHG. 17. 348, 18. 285, RG. 19. 2, 43. 3, RG. HansGZ. Hauptbl. 1903. 227, 1910. 35, OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1897. 120, 1898. 254, OAG. Lübeck Kierulff Samml. 3. 356, Hamburg. Samml. 2. 1029, 4. 90, OG. Hamburg HandGZ. 1879. 73; Ansätze bei *Benecke-Nolte* 2. 328; vgl. auch die im englischen Seefrachtverkehr üblichen exception-clauses, wie die in RG. 74. 336 (= HansGZ. Hauptbl. 1911. 71) angeführte (collisions, stranding and/or other accidents or *errors of navigation,* even when occasioned by the negligence, default, or error in judgement of the pilot, master, mariners or other servants of the shipowners), und die vom Reichsgericht kundgegebene Auffassung, daß die Ausstattung des Schiffes mit einem ungenügenden Kohlenvorrat einen error of navigation, einen „nautischen Fehler", nicht darstelle, es sich vielmehr um ein Versehen bei Erfüllung einer „administrativen Obliegenheit" des Schiffers handle (vgl. hierzu RG. HansGZ. Hauptbl. 1913. 44, wonach der Schiffer auch, wenn er *unterwegs* unterläßt, zur Ergänzung seines unzureichenden Kohlenvorrats einen Hafen anzulaufen, „die ihm obliegende administrative Ausrüstungspflicht [vgl. HGB. § 513] abermals verletzt, ihm aber nicht ein error in navigation zur Last fällt"). Mit einer rechtlichen Begründung dieser doch einigermaßen auffälligen Entdeckung hat man sich gar nicht erst geplagt und heutzutage begnügt man sich überhaupt nur noch mit einem: „die Seeversicherung unterscheidet" *(Gerhard* 517), oder: „es ist ein in der Judikatur feststehender Grundsatz" *(Sieveking* 94; ebenso schon ROHG. 18. 285). Immerhin, die Unterscheidung ist da, scheint sich ja fast zum Gegenstand eines Gewohnheitsrechts ausgewachsen zu haben und müßte, so sollte man meinen, in der Praxis

des Seeversicherungsrechts tiefe Spuren hinterlassen haben. Spuren sind nun freilich da, aber keine tiefen. Mustert man nämlich die Ergebnisse der Rechtsprechung durch, so findet man, daß es den Gerichten, von unbedeutenden oder überhaupt nicht hierher gehörenden Fällen abgesehen, noch stets gelungen ist, die „nautische“ Natur des vom Schiffsführer begangenen Versehens herauszufinden und dieses Versehen dem Versicherer zur Last zu legen, findet man, daß die Entdeckung des Unterschieds zwischen den nautischen und den administrativen Funktionen des Schiffsführers im wesentlichen eine ornamentale Verzierung der theoretischen Behandlung des Seeversicherungsrechts geblieben ist.

In RG. 19. 2 wird es als *nautisches* Versehen bezeichnet, wenn der Schiffsführer ohne Lotsen fährt, obgleich Lotsenzwang besteht oder sonst die Zuziehung eines Lotsen durch die Vorsicht geboten ist.

Wenn der Schiffsführer auf einer versicherten Reise von Elbing nach Rotterdam in Pillau das Ruderblatt vergrößert, so handelt es sich dabei „um eine von dem Kapitän als *nautischen* Dirigenten des ihm anvertrauten Schiffes getroffene Maßregel, da er dadurch auf der von ihm bereits angetretenen Reise die für die Leitung des Schiffes wesentliche Steuerungsfähigkeit desselben zu erhöhen suchte“ (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1898. 256). Auch nach RG. 43. 3 ist die Vergrößerung von dem Schiffsführer „nach dessen nautischem Ermessen bewirkt“.

Wenn der Schiffsführer das Flußschiff, das für die Reise von Elbing nach Rotterdam versichert ist und nach dem Versicherungsvertrage nur bei günstiger Witterung überführt werden soll, die Seereise in Pillau bei ungünstiger Witterung antreten läßt, so hat er wiederum bei Ausübung der Tätigkeit des *nautischen* Leiters des Schiffes etwas versehen (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1898. 256).

Wenn der Schiffsführer mit dem zwischen Hamburg und Moorburg fahrenden versicherten Raddampfer trotz gefährlichen Treibeises schuldhaft die Fahrt antritt(!), handelt es sich um ein *nautisches* Versehen (LG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1892. 24).

Wenn der Schiffsführer es unterläßt, die Stelle, an der das versicherte Schiff gesunken ist, kenntlich zu machen und das Schiff infolgedessen nicht geborgen werden kann, fällt ihm ein *nautisches* Versehen zur Last (OG. Hamburg HandGZ. 1879. 73, OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1897. 120).

Wenn das versicherte Schiff fahrlässigerweise mit einem andern Schiffe zusammenstößt und der Schiffsführer es schuldhaft unterläßt, für den Gegensegler und dessen Ladung zu sorgen, seinen Reeder sofort zu benachrichtigen und hierdurch den (dem Versicherer zur Last fallenden, mittelbaren Kollisions-) Schaden abzuwenden oder zu mindern, so hat er die Pflichten des „*nautischen* Dirigenten“ verletzt (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1897. 119 im Gegensatz zum LG. Hamburg).

Ein versicherter Kahn war vom Versicherungsnehmer so fehlerhaft beladen, daß er durchbrach. Die Versicherungsbedingungen

enthielten die (dem § 130 VVG. entsprechende) Bestimmung, daß der Versicherer den von dem Versicherungsnehmer durch eine fehlerhafte Führung des Schiffes verursachten Schaden ersetzen müsse, sofern dem Versicherungsnehmer keine bösliche Handlungsweise zur Last falle. Dem OLG. Hamburg war „nicht zweifelhaft, daß die Stauung unter die Führung des Schiffes fällt“ (HansGZ. Hauptbl. 1908. 283). Anders das Reichsgericht (HansGZ. Hauptbl. 1910. 36 = RG. 72. 173): Handlungen, die der Schiffer „bei der Führung des Schiffes“ vornimmt, sind Handlungen, die er als „nautischer Dirigent“ vornimmt; nicht zu diesen, sondern zu den „Administrationshandlungen“ gehört „der Regel nach auch die Ausrüstung des Schiffes und die Verstauung der Ladung im Abgangshafen. Insbesondere wäre es verfehlt, sämtliche Obliegenheiten des Schiffers, die § 8 BinnenschG. aufzählt, ohne weiteres diesem Gebiete (der nautischen Leitung) zuzuschreiben“. Gleichwohl wird der Versicherer verurteilt. Denn nach Ansicht des Reichsgerichts bezieht sich der dem Schiffer (Kläger) „vorgeworfene Mißgriff nicht auf Maßnahmen, die sich auf die Vorbereitung der Transportunternehmung bezogen. Die Verstauung des Kahns im Abgangshafen wird nicht beanstandet. Es handelt sich nur darum, ob der Kläger beim Anlaufen der verschiedenen Liegeplätze im Hamburger Hafen, wo die Entlöschung vorgenommen werden sollte, nautisch richtig gehandelt hat, ob er insbesondere ohne Umstauung der Restladung weiterfahren durfte, nachdem er an den ersten beiden Liegestellen 1850 Sack abgegeben und dabei einen der mittleren Laderäume völlig geleert hatte. Es muß angenommen werden, daß die Entscheidung hierüber lediglich dem Gebiete der nautischen Leitung angehört und nicht dem Gebiete der geschäftlichen Vertretung“.

Wenn der Schiffsführer das versicherte Schiff nicht genügend mit Kohlen oder Proviant oder Wasser ausrüstet, ist sein Versehen *administrativer,* nicht nautischer Art (ROHG. 17. 348, RG. HansGZ. Hauptbl. 1910. 36, OG. Hamburg Hermann & Hirsch, Samml. seerechtl. Erk., 409), und zwar „um so mehr“ (?), wenn es sich um die ungenügende Ausrüstung im Abgangshafen handelt (OG. Hamburg Hermann & Hirsch 409).

Schließlich wird noch eine Gruppe von Fällen hierher gerechnet, die *Voigt* 416 so kennzeichnet: Fälle, in denen „ein Schiffer sein durch Seeunfall betroffenes Schiff, ohne durch die Art oder den Umfang der Beschädigung desselben dazu berechtigt zu sein, oder unter Verletzung der versicherungsrechtlich für solche Fälle bestehenden Vorschriften, zum Verkauf bringt oder bringen läßt“. Auch bei diesem Verkaufe soll es sich um eine *„administrative* Funktion“ des Schiffers handeln (so *Sieveking* 95). Den Anlaß zu dieser Auffassung der Sachlage scheint eine Entscheidung des OAG. Lübeck (Hamburger Samml. 2. 1029 Anm. = Bremer Samml. 3. 423) gegeben zu haben, auf die ROHG. 18. 285 besonders aufmerksam macht. Der Schiffsführer verkaufte unterwegs das beschädigte, aber ausbesserungsfähige Schiff aus Mangel an Mitteln zur Ausbesserung und unter nachträglicher Zustimmung des Versicherungsnehmers. Dieser berief

sich darauf, daß der Schiffsführer mit dem Verkaufe des Schiffes ein Versehen begangen habe, und verlangte Entschädigung nach Totalverlustgrundsätzen. Die Klage wurde abgewiesen, u. a. deshalb, weil den Schiffsführer kein Verschulden treffe, weil der Versicherungsnehmer das Verhalten des Schiffsführers gebilligt habe und deshalb keine Schadensersatzansprüche gegen den Schiffsführer mehr abtreten könne und weil „außerdem in Betracht komme, daß der Kapitän in Beziehung auf den in Rede stehenden Punkt nicht als nautischer Dirigent, sondern als administrativer Vertreter des Reeders gehandelt habe". *Voigt* 416 (und, ansch. ohne eigene Prüfung, ebenso *Sieveking* 95) bezieht sich auf folgende (zum Teil unrichtig angef.) Entscheidungen: *Ullrich*, Seerechtsfälle, 1. 124, 2. 13, 72, 125, 176, 211, 387, Seebohm, Seerechtsfälle, 145, 538, 571, 626, Hamburg. Samml. von Erk. des OAG. Lübeck 4. 89, Kierulff, Samml. d. Entsch. des OAG. Lübeck, 3. 357. Die Entscheidungen des HG. und OG. Hamburg bei *Ullrich* 1. 124, 2. 72, 176, 211 betreffen Kasko- und Frachtversicherungsfälle, in denen das ausbesserungsfähige Schiff verkauft wurde, ohne daß erkennbar ist, ob der Schiffsführer dabei überhaupt mitgewirkt hat, und ohne daß von einem Verschulden des Schiffsführers überhaupt die Rede wäre. *Ullrich* 1. 161 u. 2. 43 (HG. u. OG. Hamburg) betrifft einen Kaskoversicherungsfall, in dem der Schiffer das ausbesserungsfähige Schiff verkauft hatte; von einem Verschulden des Schiffers, der vom Versicherungsnehmer bevollmächtigt war, mit dem Schiffe nach Gutdünken zu verfahren, ist in den Gründen der Urteile keine Rede (ähnlich ansch. HG. Hamburg Seebohm 538). *Ullrich* 2. 125 (HG. u. OG. Hamburg) betrifft einen Frachtversicherungsfall. Der Schiffer brach die Reise mit dem beschädigten, aber ausbesserungsfähigen Schiffe im Nothafen ab, verkaufte das Schiff und führte damit den Verlust der Fracht herbei. Die Klage wurde abgewiesen, weil der Versicherer nach den Schadensregulierungsbestimmungen des Allgem. Plans hamburg. See-Versicherungen nur im Falle des Verkaufs wegen Reparaturunfähigkeit hafte, im übrigen aber das Schiff repariert werden und seine Reise ausführen müsse. Ausdrücklich wird hervorgehoben, daß eine auf ein Versehen des Kapitäns gestützte Klage nicht angestellt sei (ebenso *Ullrich* 2. 397). Ähnlich: Kierulff 3. 348. Auch im Falle Hamburg. Samml. 4. 83 (= Seebohm 145) handelte es sich um eine Frachtversicherung. Der Schiffer hatte die Ladung im Nothafen auf Verlangen des Befrachters ausgeliefert und hierdurch den Verlust der Fracht herbeigeführt. Das OAG. Lübeck machte die Haftung des Versicherers davon abhängig, ob der Schiffsführer nach dem maßgebenden Frachtrechte die Ladung habe ausliefern müssen oder nicht (ebenso: OAG. Lübeck Seebohm 578). Die Seebohm 626 angeführten Entscheidungen des HG. u. OG. Hamburg u. OAG. Lübeck haben mit dem vorliegenden Gegenstand überhaupt nichts zu tun. Sie betreffen einen Fall der Rückversicherung des Seeversicherers nur gegen die Haftung für Feuerschäden und die Bedeutung der Einwendung des Rückversicherers, daß das eines Feuers wegen von der Schiffsbesatzung verlassene Schiff vorher leck und aus diesem Grunde auch dann verloren gewesen wäre, wenn das Feuer es nicht zerstört hätte.

Ich beginne mit der Erörterung der zuletzt angeführten Fälle, weil diese am besten erkennen lassen, wie wenig man bemüht gewesen ist, von den Vätern ererbte Überlieferungen zu erwerben, um sie zu besitzen.

Der Schiffsführer kann das Schiff *während* der Dauer der Versicherung oder *nach* Beendigung der Versicherung veräußern. Die Veräußerung *nach* Beendigung der Versicherung, also etwa die Veräußerung des beschädigten Schiffes nach dem im § 823 Abs. 1 HGB. bestimmten Zeitpunkte, geht den Versicherer selbstverständlich überhaupt nichts an.

Der Schiffsführer kann durch Veräußerung des Schiffes eine *unerlaubte Handlung* begehen. Das sind die Fälle der im Gesetze sogenannten „Unredlichkeit", der „dolosen Handlungen", wie *Voigt* 407, 414 u. ROHG. 18. 285 (ebenso *Sieveking* 94) es nennen. Handlungen, die „ohne Beziehung auf die eine oder andere der dem Schiffer obliegenden Funktionen" (die nautische oder die administrative) sind. Ob das letztere richtig ist, muß angesichts der seltsamen Natur der „administrativen Funktionen" des Schiffsführers dahingestellt bleiben. Gewiß ist, daß, worauf es hier allein ankommt, die „unredliche" Veräußerung des Schiffes sowohl in Beziehung steht zu dem zwischen dem Schiffsführer und dem Reeder bestehenden Rechtsverhältnisse, wie auch vor allen Dingen zu dem zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bestehenden Rechtsverhältnis. Wie der gegen Feuer versicherte Gutsbesitzer die Brandstiftung des Gutsverwalters gegen sich würde gelten lassen müssen, weil der Verwalter eine Person ist, deren er sich bei Erfüllung seiner dem Versicherer gegenüber bestehenden Obhutspflicht bedient, so müßte an und für sich, d. h. nach der Regel des gemeinbürgerlichen Rechtes, auch der versicherte Reeder die unredliche Veräußerung des Schiffes durch den Schiffsführer gegen sich gelten lassen. Wenn der durch diese Veräußerung herbeigeführte Verlust des Schiffes gleichwohl zu Lasten des Versicherers ist, so beruht dies nur darauf, daß das Seeversicherungsrecht die Regel des gemeinbürgerlichen Rechtes durchbricht, den Versicherer nämlich auch für solche Schäden haften läßt, die von dem Schiffsführer, der dem Versicherungsnehmer obliegenden Obhutspflicht zuwider, verursacht werden. Würde die „Unredlichkeit" z. B. von einem anderen zur Veräußerung des Schiffes nicht befugten, aber von dem Reeder zur Erledigung seiner dem Versicherer gegenüber bestehenden Obliegenheiten bestellten Angestellten begangen sein, etwa von einem Angestellten, der beauftragt wäre, die Interessen des Reeders in bezug auf das beschädigte, im Nothafen liegende Schiff wahrzunehmen, und vorgetäuscht hätte, zur Veräußerung des Schiffes ermächtigt zu sein, so würde keine Rede davon sein können, daß der Versicherer für den durch die Veräußerung herbeigeführten Verlust des Schiffes haftete.

Im übrigen kann die Veräußerung des Schiffes durch den Schiffsführer *befugter-* oder *unbefugterweise* erfolgt sein, und wenn sie befugterweise erfolgt ist, kann die Befugnis zur Veräußerung auf dem *Gesetz* oder auf einem besonderen, dem Schiffsführer erteilten *Auftrage* des Reeders beruhen.



Erfolgt die Veräußerung im vorher oder nachher erteilten besonderen *Auftrage* oder überhaupt mit *Zustimmung* des Versicherungsnehmers, so kann selbstverständlich von einer Haftung des Versicherers nicht die Rede sein. Denn es ist kein „Schaden" entstanden. Weder eine „Beschädigung" noch ein „Verlust". Insbesondere kein „Verlust". Denn die Veräußerung oder überhaupt die Entäußerung durch den Berechtigten selbst oder mit seiner Zustimmung kann niemals ein „Verlust" sein (Begr. z. Entwurf der Allg. Deutsch. Seevers. Bed. 113, OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1913. 53; abw. OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1910. 110).

Ganz ebenso ist die Rechtslage, wenn der Schiffsführer auf Grund der ihm vom *Gesetz* erteilten Befugnis das Schiff veräußert, wenn er es also gemäß § 530 HGB. im Falle dringender Notwendigkeit veräußert. Denn indem das Gesetz den Schiffsführer unter gewissen Voraussetzungen für befugt erklärt, das Schiff zu veräußern, bestimmt es doch nur (wenigstens in diesem Zusammenhange nur), daß es, sofern nicht ein anderes bestimmt ist (vgl. HGB. § 531), so angesehen werden soll, wie wenn der Reeder unter jenen Voraussetzungen der Veräußerung besonders zugestimmt hätte, daß also der Schiffsführer seine aus dem Anstellungsverhältnisse sich ergebenden Verpflichtungen nicht verletzt, wenn er unter jenen Voraussetzungen das Schiff veräußert. Von einem „Verlust" kann nicht die Rede sein und irreführend ist es, wenn auch nur davon gesprochen wird, daß, wenngleich kein Totalverlust vorliege, doch „derselbe Effekt eintrete, wie im Falle des Totalverlustes" (so OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1903. 43).[1])

Eine Haftung des Versicherers kann in diesen beiden zuletzt erwähnten Fällen nur aus einem anderen Rechtsgrunde als dem des Totalverlustes in Betracht kommen, nämlich aus dem Rechtsgrunde der versicherungsrechtlichen Kondemnation wegen Reparaturunfähigkeit oder Reparaturunwürdigkeit.

Anders, wenn der Schiffsführer *unbefugterweise* das Schiff veräußert, so etwa wenn er (wie im Falle RG. HansGZ. Hauptbl. 1903. 227) irrtümlich den Fall der Reparaturunwürdigkeit als gegeben ansieht und auch sonst ein Fall „dringender Notwendigkeit" nicht vorliegt (ob diese im Falle HansGZ. Hauptbl. 1903. 227 vorlag, ist aus der Entscheidung nicht zu erkennen, vgl. HansGZ. Hauptbl. 1903. 41). Daß in diesem Falle das Schiff dem Versicherungsnehmer

[1]) Aus demselben Grunde bestimmt auch § 820 Abs. 2 Nr. 5 HGB. mit sicherem Gefühl für das Richtige, daß der Versicherer »die Gefahr der Verbodmung der versicherten Güter zur Fortsetzung der Reise oder der Verfügung über die Güter durch Verkauf oder durch Verwendung zu gleichem Zwecke (§§ 538—541, 732)« trägt. Eine solche Vorschrift ist, soll der Versicherer haften, unerläßlich, weil die Verfügung über die Güter in den bezeichneten Fällen dem Versicherungsnehmer gegenüber berechtigt ist, also von einem »Verluste« im Rechtssinne keine Rede sein kann. Daß diese Vorschrift unter den Beispielfällen des § 820 Abs. 2 HGB., unter dem Zeichen des »insbesondere« steht, darf nicht irremachen, liegt vielmehr nur an der, heutigen Anforderungen nicht mehr entsprechenden, Technik des Gesetzes, das ja auch z. B., technisch nicht minder unrichtig, unter demselben Zeichen die Haftung des Versicherers für indirekten Kollisionsschaden ordnet.

ebenso „verloren“ ist, wie wenn der Schiffsführer es auf den Strand gesetzt hätte und es hier versandet wäre, oder wenn der Schiffsführer das Schiff „unredlicher“weise veräußert hätte, liegt auf der Hand. So offenbar auch RG. HansGZ. Hauptbl. 1903. 227, wo die auf Totalverlust gestützte Klage nur deshalb abgewiesen wird, weil das Verschulden des Schiffsführers, das zur Veräußerung des Schiffes geführt hatte, kein nautisches (sondern ein administratives) Verschulden sei. Und dies führt zur Zweiseelentheorie zurück. Doch sei vor weiterem darauf hingewiesen, daß diese Theorie, wenn man die Ergebnisse der Rechtsprechung zugrunde legt, nur in zwei Fällen den Versicherer günstiger stellt, als es der Fall sein würde, wenn man sie ablehnt: nämlich in dem Falle ungenügender Ausrüstung des Schiffes durch den Schiffsführer mit Kohlen, Proviant und Wasser oder ungenügender Stauung der Ladung und im Falle der unbefugten Veräußerung des Schiffes durch den Schiffsführer.

Um zunächst bei dem letzten zu bleiben. Wenn der Schiffsführer das Schiff böslicherweise auf den Strand setzt oder veräußert und hierdurch „unredlicher“weise einen Verlust des Schiffes herbeiführt, haftet der Versicherer. Wenn der Schiffsführer redlicher-, aber unbefugterweise das Schiff veräußert (was übrigens kaum ohne ein Verschulden abgehen wird, weshalb auch vorausgesetzt werden mag, daß ein Verschulden untergelaufen ist), soll der Versicherer nicht haften? Warum nicht? Warum dieser unüberbrückbare und durch keinerlei rechtspolitische Erwägung zu erklärende Widerspruch? Nur einer Formel zu Liebe, die jeder Grundlage im Gesetz entbehrt und deren Begründung gar nicht erst versucht wird? In älteren Entscheidungen wird wohl noch darauf hingewiesen, daß, wenn der Schiffsführer den versicherten Gegenstand in anderen als den im Versicherungsvertrage bestimmten Fällen veräußert, dies allein noch kein „Verschulden“ des Schiffsführers darstelle, weil der Versicherungsvertrag den Schiffsführer nichts angeht, und daß aus diesem Grunde der Versicherer nicht haftet (OAG. Lübeck Kierulff 1. 1187, 3. 358, ebenso *Lewis* 2. 371, *Sieveking* 95, letzterer unter Berufung auf HG. Hamburg HandGZ. 1873. 392 und *Voigt* 424). Eine ganz unfruchtbare Überlegung. Als ob nicht der Versicherer *alle* Gefahren, nicht nur die aus einem Verschulden der Schiffsbesatzung sich ergebenden, trüge und an und für sich für die Folgen schuldlosen Verhaltens des Schiffsführers ebenso einzustehen hätte, wie für die Folgen schuldvollen Verhaltens. Und daß der Versicherungsvertrag den Schiffsführer „nichts angeht“, ist ebensosehr und ebensowenig richtig, wie es die Behauptung wäre, daß den Gutsverwalter der über die Gutsgebäude geschlossene Feuerversicherungsvertrag nichts angeht. Andere Entscheidungen drücken ungefähr dasselbe anders aus, nämlich etwa so: Gesetz und Versicherungsbedingungen lassen den Versicherer im Falle eines Verkaufs des versicherten Gegenstandes nur unter gewissen Voraussetzungen (insbesondere im Falle des Verkaufs des Schiffes wegen Reparaturunfähigkeit oder -unwürdigkeit) haften, der Versicherer haftet daher in anderen Fällen des Verkaufs nicht (ROHG. 12. 399, 18. 284, OAG. Lübeck Kierulff 3.

357, ähnlich schon Bremer Samml. 3. 424), eins der vielen Beispiele bedenklichster Anwendung des Schlusses vom Gegenteil. Schon die einfache Erwägung, daß die „unredliche" Veräußerung des Schiffes durch den Schiffsführer jedenfalls einen dem Versicherer zur Last fallenden Totalverlust darstellt, sollte davor zurückschrecken. Die in Gesetz und Bedingungen bestimmten Fälle des Verkaufs sind gar keine Verlustfälle, sondern Fälle, in denen der Versicherer nach Verlustgrundsätzen haftet, *obgleich kein Verlust* vorliegt. Sie ergeben daher nichts für die Beantwortung der Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Verlust vorliegt und insbesondere eine Veräußerung einen Verlust bildet.

Und nun zu der zweiten Gruppe von Fällen, in denen der Versicherer sich bei der Formel von der Unterscheidung zwischen nautischem und administrativem Verschulden besser zu stehen scheint als ohne sie. Das sind die Fälle, in denen der Schiffsführer bei der *Einrichtung* oder *Ausrüstung* des Schiffes oder bei der *Stauung* der Ladung gefehlt hat. Von vornherein ist darauf hinzuweisen, daß diesen Fällen kaum irgendwelche Bedeutung beiwohnt. Denn der Versicherer haftet, worauf schon *Voigt* 415 aufmerksam gemacht hat, bei der Versicherung von Schiff und Fracht ohnehin nicht für den Schaden, der daraus entsteht, daß das Schiff in einem nicht seetüchtigen Zustand oder nicht gehörig ausgerüstet oder bemannt oder ohne die erforderlichen Papiere in See gesandt ist (HGB. § 821 Nr. 1). Es ist aber auch gewiß unrichtig, daß Fehlgriffe des Schiffsführers bei der Einrichtung oder Ausrüstung des Schiffes oder bei der Stauung der Ladung kein „nautisches Verschulden" bilden.

Nach § 4 Abs. 2 BinnenschG. haftet der Schiffseigentümer, der sein Schiff selbst führt, für einen durch *fehlerhafte Führung des Schiffes* entstandenen Schaden nur mit Schiff und Fracht, sofern ihm keine bösliche Handlungsweise zur Last fällt. Nach § 821 Nr. 4 HGB., § 130 VVG. muß der Versicherer unter denselben Voraussetzungen dem Versicherungsnehmer den durch *fehlerhafte Führung des Schiffes* entstandenen Schaden ersetzen. Mit dem Ausdrucke „fehlerhafte Führung des Schiffes" hat man den Begriff des *nautischen* Verschuldens treffen wollen (Begr. z. VVG. § 130). Er ist von der Reichstagskommission gebildet worden, die sich mit dem Entwurf eines Binnenschiffahrtsgesetzes beschäftigte. Die Absicht war, den Schiffseigentümer, der sein Schiff selbst führt, und den Schiffseigentümer, der sein Schiff durch einen anderen fahren läßt, *gleichzustellen*, die Haftung des sein Schiff selbst führenden Schiffseigentümers grundsätzlich auf Schiff und Fracht zu beschränken, sofern und soweit sie auf Schiff und Fracht beschränkt sein würde, wenn ein anderer das Schiff geführt haben würde (Bericht der RTK. z. BinnenschG. RTD. 94/95 Anl. Bd. 5. 1073, *Mittelstein*, Binnenschiffahrtsrecht, 2. Aufl. 67). Führt aber ein anderer das Schiff, so haftet der Schiffseigner nur mit Schiff und Fracht, wenn der Schiffsführer *in Ausführung seiner Dienstverrichtungen* schuldhaft die Entstehung eines Schadens verursacht (HGB. § 486 Abs. 1 Nr. 3, § 485, BinnenschG. § 4 Abs. 1 Nr. 3, § 3). Hieraus folgt unabweislich, daß zur Führung des Schiffes

gehört, was zur Ausführung der Dienstverrichtungen des Schiffsführers gehört. Und zur Ausführung der Dienstverrichtungen des Schiffsführers gehört insbesondere die Sorge des Schiffsführers für die Seetüchtigkeit, die gehörige Einrichtung, Ausrüstung, Bemannung, Verproviantierung des Schiffes, für die Tüchtigkeit der Lade- und Löschgerätschaften und für die gehörige Stauung (HGB. §§ 513, 514, BinnenschG. § 8; RG. 10. 20, OLG. Kiel Seuff. Arch. 41 Nr. 211). Ein Verschulden des Schiffsführers bei Ausführung dieser Dienstverrichtungen ist also recht eigentlich ein „nautisches Verschulden". So überall mit Recht OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1908. 283 (eine Entscheidung, die von *Sieveking* 107 irrtümlich für die gegenteilige Ansicht angeführt wird). Insbesondere ist dem OLG. Hamburg „nicht zweifelhaft", daß die Stauung der Ladung zur Führung des Schiffes gehört. In der Tat ist nicht zu verstehen, warum die Bekohlung oder Verproviantierung des Schiffes oder die Stauung der Ladung im Zwischenhafen zu den „nautischen", im Abgangshafen zu den „administrativen" Verrichtungen des Schiffsführers gehören soll. Gleichwohl hat das Reichsgericht der Entscheidung des OLG. Hamburg seine Zustimmung versagt (RG. 72. 174 = HansGZ. Hauptbl. 1910. 36, von *Sieveking* 107 als zwei verschiedene Entscheidungen angeführt). Die zwingende Logik des inneren Zusammenhanges der gesetzlichen Vorschriften und der Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit verschlagen nicht. Maßgebend allein ist die „bei *Voigt* Seevers. R. S. 406 fg. zusammengestellte Rechtsprechung; die dort entwickelten Regeln sind auch hier in Anwendung zu bringen; danach bestimmt sich die Entscheidung nach Art, Zeit und sonstigen Umständen der Tätigkeit, nicht aber danach, ob der Schiffer nur allgemeinen Zweckmäßigkeitserwägungen zu folgen oder technische Kenntnisse anzuwenden hat; was er bei oder während der Fahrt zu deren Beendigung an nautischen Maßregeln zu beschließen und selbst oder durch andere Schiffsangestellte auszuführen hat, gehört zu den Pflichten des nautischen Leiters; dagegen wird zu den Administrationshandlungen alles gerechnet, was außer der eigentlichen Fahrt für den Zweck der Transportunternehmung zu leisten ist; hierzu gehört der Regel (?) nach auch die Ausrüstung des Schiffes und die Verstauung der Ladung im Abgangshafen". Fürwahr, eine kärgliche Begründung einer Auffassung, die sich zu der auf sicherer Grundlage aufgebauten Auffassung des OLG. Hamburg in Gegensatz stellt. Der Verkehr hat daher auch der Entscheidung des Reichsgerichts nicht recht getraut. Die Allgemeinen Bedingungen der vom Internationalen Transport-Versicherungs-Verbande herausgegebenen Binnenkaskopolice lassen den Versicherer auch haften, wenn der Versicherungsnehmer, der sein Schiff selbst führt, ein nautisches Verschulden trifft, aber fügen vorsichtig bei, daß ein Verschulden bei der Empfangnahme, Stauung, Bewahrung und Ablieferung der Güter als nautisches Verschulden nicht gelten soll. Und der Entwurf Allgemeiner Deutscher Seeversicherungs-Bedingungen (§ 36 Abs. 1) ist diesem Beispiel gefolgt. Übrigens ist der Versicherungsnehmer auch in dem RG. 72. 171 behandelten Falle zu seiner Entschädigung gekommen, da das Reichs-

gericht glücklicherweise feststellen konnte, daß die mangelhafte Beladung des Schiffes auf Vorgängen beruhte, die sich nach dem Antritte der Reise ereignet hatten, nämlich auf der unvorsichtigen Art der Löschung an den verschiedenen Löschungsplätzen des Bestimmungshafens.[1]) Das stimmt zwar auch nicht recht überein mit der Auffassung *Voigts*, auf die das Reichsgericht zu berufen sich begnügt. Denn *Voigt* will ja nicht nur die Vorbereitung der Reise, sondern auch die *Erledigung* der Schiffsangelegenheiten am *Bestimmungsort* und alles, was sich hierauf bezieht, zu den „administrativen" Verrichtungen des Schiffsführers gerechnet wissen, stellt also, und offenbar insoweit wenigstens folgerichtig, die Versehen des Schiffsführers bei der Beladung des Schiffes im Abgangshafen denjenigen bei der Entlöschung im Bestimmungshafen gleich. Wohl aber stimmt die Auffassung des Reichsgerichts ganz überein mit der verbreiteten Ansicht, daß im Zweifel gegen den Versicherer zu entscheiden sei (vgl. auch oben S. 28). Endlich sei auch noch darauf hingewiesen, daß das Reichsgericht auf dem Gebiete des Seefrachtrechts keine Bedenken getragen hat, die Grenze des nautischen Verschuldens weiter zu ziehen. Ist im Frachtvertrage vereinbart, daß der Verfrachter den durch perils of navigation entstandenen Schaden auch dann nicht zu tragen hat, wenn ein Verschulden der Schiffsbesatzung die Gefahr heraufbeschworen hat, so braucht der Verfrachter nach RG. 11. 106 auch für ungehörige Stauung im Abladehafen, da sie improper navigation darstellt, nicht zu haften (anders freilich wiederum RG. 74. 337).

Wie es sich indessen auch mit den Grenzen verhalten mag, die nach der herrschenden Ansicht das nautische Verschulden vom administrativen scheiden, soviel dürfte nunmehr gewiß sein, daß diese Ansicht, auf die Ergebnisse der Rechtsprechung hingesehen, geradezu auffällig geringe und unerfreuliche Früchte hervorgebracht hat, Früchte, die in bemerkenswertem Mißverhältnisse zu der Bedeutung stehen, die die Ansicht sich selber offenbar beilegt. Es wäre also auch keine umstürzlerische Tat, wenn man mit der überkommenen Formel von der Unterscheidung von nautischem und administrativem Verschulden aufräumte — oder, besser, *ihr neues Leben einhauchte.*

An und für sich würde der Versicherungsnehmer, wie oben ausgeführt, das Verschulden des Schiffsführers bei der Kasko- und Frachtversicherung in gleichem Umfange zu vertreten haben wie eigenes Verschulden, weil er unter weitgehendem Verzicht auf eigene Einwirkung den Schiffsführer an die Spitze der versicherten Unter-

[1]) Vgl. hierzu auch OLG. Hamburg. HansGZ. Hauptbl. 1912, 233 (bestät. vom RG. »Schiff« 1913, 172): Die ungenügende Bewachung einer Schute am Bestimmungsorte, die bewirkt, daß die auf abschüssigem Löschplatze liegende Schute voll Wasser läuft und die Ladung beschädigt wird, ist »fehlerhafte Führung« i. S. von § 4 Abs. 2 Binnen SchG. Im übrigen aber meint das OLG., anscheinend unter dem Einflusse von RG. 72, 171, »es könne keinem Zweifel unterliegen, daß das Gesetz, wie aus seinem Wortlaut in § 4 Nr. 2 und § 4 Abs. 2 erhellt, unter „Führung des Schiffes" nur einen Teil der „Dienstobliegenheiten des Schiffers" versteht und daß mit dieser Führung in erster Linie der eigentliche Schiffstransport bezeichnet werden soll«!

nehmung gestellt hat und der Schiffsführer deshalb eine Person ist, deren der Versicherungsnehmer sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient. Das Seeversicherungsrecht will es anders, will, daß der Versicherungsnehmer insoweit, also soweit er sich des Schiffsführers zur allgemeinen Leitung der versicherten Unternehmung bedient, das Verschulden des Schiffsführers *nicht* zu vertreten braucht, daß die vom Schiffsführer *als solchem in Ausführung der ihm gesetzlich obliegenden Dienstverrichtungen herbeigeführten* Schäden dem Versicherer zur Last fallen. Es ist eben derselbe Gedanke, der im § 821 Nr. 4 HGB., § 131 Abs. 1 VVG. für das Gebiet der Güterversicherung dadurch besonders zum Ausdruck gebracht ist, daß dem Verschulden des Versicherungsnehmers ein Verschulden des Abladers, des Empfängers oder des Kargadeurs gleichgestellt wird, vorausgesetzt, daß es diesen Personen *in dieser ihrer Eigenschaft* zur Last fällt. Eine solche besondere Erläuterung fehlt nun freilich im § 820 Abs. 2 Nr. 6 HGB. Aber offenbar nur deshalb, weil man nicht wohl von der Unredlichkeit, der Unterschlagung, dem Diebstahl, begangen durch eine Person der Schiffsbesatzung in dieser ihrer Eigenschaft, sprechen konnte und weil die Vorschrift des § 820 Abs. 2 Nr. 6 an der unrichtigen Stelle steht. Würde man etwa im Zusammenhange mit der Vorschrift des § 821 Nr. 4 die Frage der Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für das Verschulden Dritter geordnet haben, so würde man dabei nicht nur bestimmt haben, daß der Versicherungsnehmer das Verschulden des Abladers, des Empfängers und des Kargadeurs als solchen zu vertreten, sondern auch, daß er das Verschulden des Schiffsführers als solchen nicht zu vertreten habe. Denn das versteht sich doch gewiß von selbst, daß der Versicherungsnehmer, wenn er sich des Schiffsführers zur Erfüllung von Verbindlichkeiten aus dem Versicherungsvertrage bedient, deren Erfüllung mit den gewöhnlichen, also den im Gesetze bestimmten Dienstverrichtungen des Schiffers nicht zusammenhängt, das dabei schadenstiftende Verschulden des Schiffsführers vertreten muß. Will man dieses letztere, sich außerhalb der gewöhnlichen Dienstverrichtungen betätigende Verschulden des Schiffsführers administratives, jenes innerhalb der gewöhnlichen Dienstverrichtungen des Schiffsführers an den Tag gelegte Verschulden nautisches Verschulden nennen, so ist dagegen nichts einzuwenden; nur muß man sich darüber klar sein, daß diese Unterscheidung mit der auf uns überkommenen nichts gemein hat. Ansätze zu dieser neuen Formel finden sich übrigens auch bereits in der Rechtsprechung. Abgesehen von einer Entscheidung des Reichsgerichts, HansGZ. Hauptbl. 1905. 191, die, im Vorübergehen, ganz unbefangen das „nautische Verschulden des Schiffers" als „ein Verschulden des Schiffers in Ausführung seiner Dienstverrichtungen" bezeichnet, und von der Entscheidung des OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1908. 283, die sich, wie wir sahen, inhaltlich ohne Besinnen auf den Boden der neuen Formel stellt, kommt namentlich eine weitere Entscheidung des OLG. Hamburg in Betracht: HansGZ. Hauptbl. 1897. 119. Eine bemerkenswerte Entscheidung,

die mit einem Bein in der althergebrachten Anschauung steckt, mit dem andern, offenbar instinktiv und ohne es selbst zu sehen, in die neue, hier vertretene Auffassung hineinschreitet. Während sich nämlich diese Entscheidung zunächst feierlich zu den „zutreffenden Ausführungen *Voigts*“ bekennt, nicht ohne sie, wie üblich, mangels wirklicher Gründe wörtlich zu wiederholen, stellt sie fest: „Dem Wortsinne nach ist nautisch alles dasjenige, was *dem Schiffer als solchem kraft Gesetzes* zu tun obliegt, und ein nautisches Versehen somit ein Versehen, welches er bei Wahrnehmung dieser Obliegenheiten sich zu schulden kommen läßt“. Richtig.

Ist dies richtig, so bleibt freilich für „administrative“ Versehen, für deren Schadensfolgen der Versicherer nicht haftet, nur wenig Raum. Das ist aber auch ganz natürlich, liegt nämlich an dem umfassenden Inhalt der dem Schiffsführer als solchem, als Leiter der versicherten Unternehmung, zustehenden Befugnisse. Man könnte etwa an folgendes denken. Nach § 513 HGB. hat der Schiffer vor dem Antritt der Reise dafür zu sorgen, daß das Schiff in seetüchtigem Stande, gehörig eingerichtet und ausgerüstet usw. ist. Soweit der Schiffer in dieser Beziehung etwas versäumte, würde an und für sich der Versicherer haften. Aber die Erfüllung der Sorgepflicht des Schiffers ist, wenn sich das Schiff im Heimathafen befindet, nur bis zu einem bestimmten Grade möglich. Denn der Schiffer ist nach § 526 HGB., wenn das Schiff im Heimatshafen ist, im allgemeinen nicht berechtigt, die Rechtsgeschäfte vorzunehmen, deren Vornahme zur Erfüllung der Sorgepflicht erforderlich ist. Es gehört nicht zu den dem Schiffer als solchem obliegenden Dienstverrichtungen, die Rechtsgeschäfte vorzunehmen, deren Ausführung das Schiff in seetüchtigen Zustand setzt, gehörig einrichtet, ausrüstet usw. Sie vorzunehmen, ist eine dem Reeder vorbehaltene Verrichtung. Nimmt also der Schiffsführer sie gleichwohl vor, sei es als Beauftragter des Reeders, sei es als auftragloser Geschäftsführer (vgl. *Schaps* 146), so nimmt er sie nicht als Schiffsführer vor. Würde der Schiffsführer im Auftrage des Reeders im Heimatshafen den Proviant oder die Kohlen einkaufen und dabei ein Versehen machen, so würde dieses Versehen das Versehen einer Person sein, deren der Versicherungsnehmer sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient, aber kein Versehen des Schiffsführers als solchen, der Versicherer also für die Folgen nicht haften. Der Fall ist aber wiederum ohne praktische Bedeutung, weil der Versicherer bei der Kasko- und Frachtversicherung kraft der Sondervorschrift des § 821 Nr. 1 HGB. ja für Schäden, die aus dem seeuntüchtigen Zustande oder der ungenügenden Einrichtung oder Ausrüstung des Schiffes entstehen, ohne Rücksicht auf Verschulden oder Nichtverschulden, überhaupt nicht haftet. Geeigneter ist vielleicht der folgende Beispielfall. Nach § 818 HGB. ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer von jedem Unfall unverzüglich Anzeige zu machen, widrigenfalls der Versicherer von der Entschädigungssumme den Betrag abziehen kann, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert hätte. Es gehört nicht zu den Dienstverrichtungen des Schiffsführers

als solchen, diese Anzeige zu machen. Hat der Versicherungsnehmer den Schiffsführer beauftragt, dem Versicherer von Unfällen unverzüglich Anzeige zu machen, so bedient er sich des Schiffsführers zur Erfüllung der ihm obliegenden Anzeigepflicht. Unterläßt der Schiffsführer schuldhaft die Anzeige, so begeht er ein „administratives" Versehen, muß der Versicherungsnehmer es vertreten, kann der Versicherer von der Entschädigungssumme den Betrag kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige (durch den Versicherungsnehmer) gemindert hätte. Auch auf einen Fall der Güterversicherung kann des Beispiels wegen hingewiesen werden. Ist der Schiffsführer auf Grund besonderen Verhältnisses zum Ladungsbeteiligten gleichzeitig Kargadeur, so ist er in dieser Eigenschaft, aber auch nur in dieser Eigenschaft, d. h. nur insoweit er über die Obliegenheiten eines Schiffsführers hinaus mit der Obhut über die Güter betraut ist, eine Person, deren der Versicherungsnehmer sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient und deren Verschulden er mithin wie eigenes vertreten muß. Soweit das Verschulden die Erfüllung der gewöhnlichen Obliegenheiten des Schiffsführers betrifft, ist es vom Versicherungsnehmer nicht zu vertreten (ähnlich *Arnould* 1033). Ähnlich, wenn der Versicherungsnehmer die versicherten Güter mit dem eigenen Schiffe fahren läßt. Zwar wird man nicht wohl allgemein sagen können, daß der Schiffsführer in diesem Falle als Kargadeur des Reeders anzusehen ist (so *Sieveking* 96 und ansch. ebenso schon *Benecke-Nolte* 2. 328); wohl aber wird er, wenn ihm besondere Obliegenheiten in bezug auf die Güter übertragen sind, insoweit als Kargadeur zu gelten haben und der Versicherungsnehmer ein Verschulden, das die Erfüllung dieser besonderen Obliegenheiten betrifft, vertreten müssen.

Die Form, in der das Gesetz den Rechtssatz zum Ausdruck bringt, daß der Versicherungsnehmer das Verhalten des Schiffsführers ausnahmsweise nicht zu vertreten braucht, ist aber auch noch aus anderen Gründen zu beanstanden. Zunächst aus folgendem. Vom Versicherungsnehmer veranlaßte Gefahränderungen machen den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung ohne Rücksicht darauf frei, ob den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft oder nicht. Den vom Versicherungsnehmer veranlaßten Gefahränderungen müssen solche gleichgestellt werden, die von Personen veranlaßt werden, deren sich der Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Verpflichtung, die Gefahr nicht zu ändern, bedient, und zu diesen gehört der Schiffsführer. Indem § 820 Abs. 2 Nr. 6 HGB. den Versicherer nur die Gefahr des Verschuldens der Schiffsbesatzung tragen läßt, deckt er nicht den Fall, daß der Schiffsführer schuldlos, etwa infolge entschuldbaren Irrtums die Gefahr ändert. Das in solchem Falle der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung erst recht nicht frei sein darf, versteht sich von selbst. Das Gesetz aber berücksichtigt den Fall nicht, weil es den Gegenstand nur vom Gesichtspunkte des Grundsatzes der allgemeinen Gefahrendeckung betrachtet (die herrschende Lehre behandelt den Fall der Gefahränderung durch den Schiffsführer ohne weiteres nach denselben Grundsätzen, wie den Fall der Schadens-

verursachung durch den Schiffsführer: *Gerhard* 533, 534, *Sieveking* 68, *Voigt* 318; vgl. auch OAG. Lübeck Kierulff 1. 401).

Ein letztes gegen die Anordnung des Gesetzes zu erhebendes Bedenken ist dieses.

Die im § 820 Abs. 2 HGB. beispielsweise angeführten Ereignisse (Seeunfälle, Kriegsereignisse, Arrestvollziehungen usw.) sind im allgemeinen solche, von denen nur selten mehrere zugleich, sei es in einer Kausalreihe, sei es selbständig zum schadenstiftenden Erfolge zusamenwirken werden. Das „Verschulden einer Person der Schiffsbesatzung" macht eine Ausnahme. Es wird immer nur im Zusammenhange mit einem anderen Ereignisse, nur in einer Kausalreihe zum Erfolge mitwirken, immer nur als „die entferntere Ursache des Schadens erscheinen" (Prot. z. ADHGB. 3213). Indem nun aber das Gesetz es in einem Zuge mit den Seeunfällen usw. nennt, erweckt es den Anschein, als ob es versicherungsrechtlich gleichfalls als „nächste" Ursache wirksam werden soll, als ob also z. B. der Versicherer trotz Ausschlusses der Feuersgefahr haftete, wenn das Feuer durch das Verschulden der Schiffsbesatzung entstanden ist, oder trotz Ausschlusses der Kriegsgefahr, wenn der Schiffsführer das Schiff verräterischerweise von einer kriegführenden Partei hat nehmen lassen (ein Irrtum, dem z. B. HG. Hamburg HandGZ. 1868. 178 zum Opfer gefallen ist). Dem wäre vorgebeugt, wenn das Gesetz bestimmte, daß der Versicherer für die Schadensfolgen des von dem Versicherungsnehmer und seinen Leuten an den Tag gelegten Verschuldens nicht einzustehen braucht, zu diesen Leuten aber der Schiffsführer nicht gehört. Dann würde klar sein, daß das Gesetz nur die Einwendung gestattet, der Schaden sei durch das Verschulden des Versicherungsnehmers oder gewisser Leute, unter denen der Schiffsführer sich jedoch nicht befindet, verursacht worden, daß also für die Frage der Haftung des Versicherers das Verhalten des Schiffsführers (als solchen) ohne alle rechtliche Bedeutung ist. Dann könnte auch der hin und wieder (z. B. von *Lewis* 2. 378) erörterte Gedanke gar nicht aufkommen, daß der Kasko- und Frachtversicherer im Falle eines durch Seeuntüchtigkeit des Schiffes entstandenen Schadens trotz der seine Haftung ausschließenden Vorschrift des § 821 Nr. 1 HGB. hafte, wenn und weil die Seeuntüchtigkeit auf einem Verschulden der Schiffsbesatzung beruhe und der Versicherer gemäß § 820 Abs. 2 Nr. 6 die Gefahr des Verschuldens der Schiffsbesatzung trage.

Die Art der Anordnung des Gesetzes und die sich darin ausdrückende Verkennung des inneren Zusammenhanges der Vorschrift des § 820 Abs. 2 Nr. 6 und der Vorschrift des § 821 Nr. 4 HGB., hat übrigens auch für das Binnenversicherungsrecht eine eigentümliche Folge gehabt. Das VVG. begnügt sich mit der Verkündung des Grundsatzes, daß der Kaskoversicherer alle Gefahren trägt (§ 129 Abs. 2), verzichtet im allgemeinen auf den im § 820 Abs. 2 HGB. enthaltenen Gefahrenkatalog und insbesondere auf die im § 820 Abs. 2 Nr. 6 enthaltene Anführung der Gefahr der Unredlichkeit oder des Verschuldens einer Person der Schiffsbesatzung. Dagegen enthält

es im § 130 Satz 1 die dem § 821 Nr. 4 HGB. entsprechende Vorschrift, daß der Versicherer für den vom Versicherungsnehmer vorsätzlich oder fahrlässig verursachten Schaden nicht haftet. Da nun dem Verschulden des Versicherungsnehmers das Verschulden derjenigen gleichsteht, deren der Versicherungsnehmer sich zur Erfüllung seiner Schadenverhütungspflicht bedient, und da der Schiffsführer zu diesen Personen gehört, anderseits eine Vorschrift fehlt, nach der er ausnahmsweise zu diesen Personen nicht gerechnet werden soll, so würde sich ergeben, daß der Versicherungsnehmer bei der Kasko- und Frachtversicherung das Verschulden des Schiffsführers wie eigenes zu vertreten hätte. Da dies der Absicht des Gesetzgebers offenbar zuwider, diese Absicht auch aus dem Gesetze selbst (vgl. VVG. §§ 129 Abs. 2 Satz 2, 130 Satz 2) zu erkennen ist, so wird nichts anderes übrig bleiben, als das VVG. aus der Vorschrift des § 820 Abs. 2 Nr. 6 HGB. zu ergänzen.

III. Die *außerdeutschen Rechte* stimmen überwiegend weder in Ansehung des Grundsatzes der allgemeinen Gefahrendeckung noch in Ansehung der Haftung des Versicherers für das Verschulden der Schiffsbesatzung mit dem deutschen Rechte überein. Dies gilt insbesondere von dem wichtigsten Rechte, dem englischen, dem das amerikanische im wesentlichen folgt.

Zunächst ist dem englischen Rechte der Grundsatz der allgemeinen Gefahrendeckung unbekannt. Die Form of Policy der Schedule I to MJA. bestimmt darüber: Touching the adventures and perils which we the assurers are contented to bear and do take upon us in this voyage: they are of the seas, men of war, fire, enemies, pirates, rovers, thieves, jettisons, letters of mart and countermart, surprisals, takings at sea, arrests, restraints, and detainments of all kings, princes and people, of what nation, condition, or quality soever, barratry of the master and mariners, and of all other perils, losses and misfortunes ... Die zur Erläuterung dienenden Rules for Construction of Policy schränken den dadurch bestimmten Umfang der Haftung des Versicherers weiter durch begriffliche Bestimmung der einzelnen Gefahrbezeichnungen ein und erklären in Nr. 12 (im Anschluß an eine feste Rechtsprechung: *Arnould* 1040) insbesondere, daß the term „all other perils" includes only perils similar in kind to the perils specifically mentioned in the policy.

Insbesondere aber ist im englischen Rechte die Haftung des Versicherers für die durch Verschulden der Schiffsbesatzung verursachten Schäden anders und in einer für den Versicherungsnehmer weit ungünstigeren Weise geordnet. Freilich haftet der Versicherer auch für den durch pirates, rovers, thieves und für den durch barratry of the master and mariners herbeigeführten Schaden. Aber hieraus folgt keineswegs, daß der Versicherer für Unredlichkeit und sonstiges Verschulden von Personen der Schiffsbesatzung in demselben Umfange haftet, wie nach deutschem Rechte.

The term *„pirates"* includes passengers who mutiny (Rules for C. of P. in Schedule I to MJA. Nr. 8). Auch haftet der Versicherer for a mutinous seizure and carrying away of the ship by the crew *(Arnould*

1007: richtiger: barratry). Aber der Ausdruck piracy umfaßt nur Handlungen, die auf den gewaltsamen Erwerb der Herrschaft über das Schiff gerichtet sind *(Chalmers-Owen* MJA. 168 u. die hier angef.) und nur *robbery,* accompanied by violence, and committed by strangers, *not by the crew,* is a loss for which the underwriters on the ship or goods are liable *(Arnould* 1018).

The term *„thieves"* does not cover clandestine theft or a theft committed by any one of the ship's company, whether crew or passengers (Rules for C. of P. in Schedule I to MJA. Nr. 9), it being an old and elementary rule of the law of insurance that furtum non est casus fortuitus, is not one of the fortuitous events against which the owner may seek indemnity by insurance, but one which the law presumes the master might have prevented by the exercise of due vigilance, and the loss arising from which he consequently ought to bear *(Arnould* 1018).

Endlich: the term *„barratry"* includes every wrongful act wilfully committed by the master or crew to the prejudice of the owner, or, as the case may be, the charterer (Rules for C. of P. in Schedule I to MJA. Nr. 11). Die letzteren Worte bedeuten: in cases where the charterers of the ship are considered owners pro tempore (*Arnould* 1021, Näheres: 1030). Als barratry sind also nicht nur Handlungen anzusehen, die eine Person der Schiffsbesatzung in der Absicht vornimmt, sich gerade auf Kosten des Reeders einen Vermögensvorteil zu verschaffen, oder auch in der bloßen Absicht, gerade dem Reeder einen Schaden zuzufügen, but every wilful act on his part of known illegality, gross malversation, or criminal negligence, *by whatever motive induced,* whereby the owners .. are, in fact, damnified *(Arnould* 1021). Und als barratry sind auch nicht nur Handlungen anzusehen, die sich unmittelbar gegen das Vermögen des Reeders, gegen dem Reeder gehörende Gegenstände richten, sondern auch Handlungen, die gegen andere Gegenstände gerichtet sind, aber mittelbar auch für den Reeder von Nachteil sind, insbesondere Veruntreuung von Frachtgut, deren wegen der Reeder den Ladungsbeteiligten verantwortlich ist (OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1908. 233, gebilligt OLG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1910. 60; LG. Hamburg HansGZ Hauptbl. 1885. 71; vgl. auch RG. HansGZ. Hauptbl. 1908. 274; abw. *Boyens,* Seerecht, 2. 224, *Sieveking,* Deutsches Seerecht, 300, AG. u. LG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1899. 69, LG. Hamburg HansGZ. Hauptbl. 1903. 78, 1908. 230). Examples of fraudulent barratry are scuttling the ship, running away with her, embezzling the cargo and unlawfully selling it and making away with the proceeds, or mischief done to the ship or cargo by mutineers. Examples of barratry through mere illegality are smuggling, illegal trading, breach of port regulations exposing the ship to seizure and penalties (*Lowndes,* Mar. Ins., 2. Aufl. 111). Das Ergebnis ist freilich einigermaßen auffällig. Zunächst folgt aus dem Begriffe, daß, wenn der Reeder mit dem Verhalten der Schiffsbesatzung einverstanden ist, von barratry keine Rede sein kann und nicht nur der Kasko-, sondern auch der Güterversicherte für den durch das Verhalten der Schiffsbesatzung ent-

standenen Schaden keinen Ersatz verlangen kann (vgl. die bei *Arnould* 1031 angef. Fälle), was ja auch der Auffassung des deutschen Rechts entspricht. Namentlich aber ergibt sich, daß der Versicherer bei der Güterversicherung nicht haftet, wenn der Reeder sich im Frachtvertrage von der Haftung für barratry freigezeichnet hat und eine Person der Schiffsbesatzung die versicherten Güter veruntreut (vgl. HansGZ. Hauptbl. 1908. 235), und daß mithin, da der Reeder sich regelmäßig von der Haftung für barratry freizeichnet, der Versicherer regelmäßig für die Veruntreuung von Gütern durch die Schiffsbesatzung nicht haftet. Dagegen, daß ihm solche Veruntreuung unrechtmäßig zur Last gelegt wird, ist der Versicherer dadurch geschützt, daß dem englischen Seeversicherungsrechte, wie ausgeführt, der Grundsatz der allgemeinen Gefahrendeckung unbekannt ist, der Versicherungsnehmer also im Streitfalle beweisen muß, daß der Schaden die Folge eines dem Versicherer zur Last fallenden Ereignisses ist.

Nach diesen Gesichtspunkten ist aber nicht nur die Frage zu beantworten, inwieweit der Versicherer für den durch Verschulden der Schiffsbesatzung verursachten Schaden haftet, der Versicherungsnehmer also bei der Erfüllung der Schadenverhütungspflicht das Verschulden der Schiffsbesatzung wie eigenes zu vertreten hat, sondern auch die Frage, inwieweit der Versicherungsnehmer das Verhalten der Schiffsbesatzung, insbesondere das des Schiffsführers, bei Gefahränderungen vertreten muß. Namentlich: unless accompanied with fraud or crime, no case of deviation will fall within the true definition of barratry (Earle v. Rowcroft 1806 8 East 130, *Arnould* 1027) und ebensowenig fällt eine durch Verschulden des Schiffsführers verursachte Reiseverzögerung dem Versicherer zur Last, es sei denn, daß this delay is employed by the captain for the purpose of committing an act of barratry (*Arnould* 1028): MJA. S. 49 Abs. 1 g.

Die Bedenken, die sich bei der Betrachtung dieses Rechtszustandes aufdrängen, werden in etwas durch zwei Grundsätze gemildert, von denen der eine im englischen Rechtsverkehr feststeht, der andere durch die MJA. ausdrücklich anerkannt ist. Das eine ist der Grundsatz, daß der Versicherer (der Regel causa proxima, non remota spectatur zuwider) für den durch barratry entstandenen Schaden auch dann haftet, wenn die den Begriff der barratry erfüllende Handlung nur die entfernte Ursache des Schadens bildet (*Arnould* 1037). Der Grundsatz ist von geringer Bedeutung, bedeutet im wesentlichen nur, daß der Versicherer auch dann haftet, wenn das schadenstiftende Ereignis nicht zu den in der Police aufgeführten gehört, aber durch barratry verursacht ist, dagegen nicht etwa, daß der Versicherer auch dann haftet, wenn das schadenstiftende Ereignis einer in der Police ausgenommenen Gefahr (z. B. der in der Police ausgenommenen Kriegsgefahr) entsprungen ist und barratry die entferntere Ursache bildet (*Lowndes* 112). Der wichtigere der beiden Grundsätze ist der in s. 55 Abs. 2a MJA. enthaltene (übrigens auf die Regel der causa proxima zurückführende) Grundsatz, daß der Ver-

sicherer haftet for any loss proximately caused by a peril insured against, even though the loss would not have happened but for the misconduct or negligence of the master or crew (vgl. dazu *Arnould* 965, 970, 1006). Außerdem enthalten die Institute Clauses für die Kaskoversicherung eine Bestimmung, nach der der Versicherer für einen Schaden haftet, der entstanden ist through the negligence of master, mariners, engineers or pilots (*Arnould* 1602).

Über die Bewertung der Albuminurie durch den Lebensversicherungsarzt.

Von Stabsarzt Dr. med. Frik (Berlin).

In noch nicht allzu fernen Zeiten war jede Erörterung über die Aufnahme von Albuminurikern in eine Lebensversicherung unmöglich: wurde bei einem Antragsteller Eiweiß im Harn festgestellt, dann war sein Schicksal entschieden, er galt für nierenkrank und wurde abgelehnt. Dieser Standpunkt läßt sich heute nicht mehr aufrechterhalten.

Physiologische Forschung, klinische Beobachtung und praktische Erfahrung haben uns *Ärzte* gelehrt, daß die Albuminurie ein sehr vieldeutiges Symptom ist und unter Umständen ein recht harmloses sein kann. Die *Lebensversicherungsgesellschaften* sind durch die wachsende Konkurrenz und die Einsicht in ihre hohe volkswirtschaftliche Aufgabe mehr und mehr dazu gedrängt worden, das Feld ihrer Betätigung zu vergrößern. Auch sie prüfen daher eifrig die alten Ablehnungsgründe auf ihre Stichhaltigkeit und untersuchen die Frage, wie weit sie auch nicht ganz normalen Antragstellern entgegenkommen können, ohne ihr eigenes Risiko über Gebühr zu vergrößern.

Wie notwendig und nützlich eine solche Nachprüfung gerade in Hinsicht auf die Bewertung der Albuminurie ist, beweisen folgende Zahlen:

Nach *Pedersen* war unter 848 Ablehnungen bei zwei Lebensversicherungsgesellschaften der Ablehnungsgrund 113mal Albuminurie, also in über 13 % der Fälle. Nach einer anderen Statistik über 800 Abgewiesene bildete sie den Ablehnungsgrund bei 17 % der Altersklasse von 15 bis 24 Jahren, bei 13,7 % der 25- bis 34jährigen, bei 10,1 % der 35- bis 44jährigen und bei 5,3 % der 45- bis 54jährigen. *Vesely* teilt mit, daß von 55 in den Jahren 1885 bis 1905 wegen Albuminurie Abgelehnten im Jahre 1908 noch 38, also 69 %, lebten und davon 13 (nach 6 bis 21 Jahren) keinerlei pathologischen Be-

fund mehr aufwiesen; 12 hatten noch Eiweiß, darunter zwei seit 14 bzw. 18 Jahren, drei litten an anderen Krankheiten.

Hier ist mit dem Symptom der Albuminurie als Ablehnungsgrund offenbar zu streng verfahren worden.

Endlich haben zahlreiche Autoren über Eiweißbefunde im Harn von anscheinend Gesunden berichtet. Ich erwähne nur einige Beispiele:

Leube fand bei seinen viel zitierten Untersuchungen an gesunden Soldaten bei 4 % stets, bei 16 % nach Muskelanstrengungen, Dauermärschen usw. Eiweiß. *Stone* wies bei 1248 Gesunden in 23 % Eiweiß nach, ja *de la Celle de Chateaubourg* will sogar bei 76 % in der Ruhe und nach Anstrengungen bei 86 % Eiweiß gefunden haben! Vielfach sind solche Statistiken allerdings nicht gut zu verwerten, weil sie Angaben über Alter und Geschlecht der Untersuchten oder über die Art der Untersuchung und wichtige Nebenumstände vermissen lassen. Ich selbst habe bei 100 gesunden aktiven Soldaten an einem Sonntag nachmittag, also ohne daß körperliche Anstrengungen kurz vorhergegangen waren, den frisch in meiner Gegenwart gelassenen Harn untersucht und mit der Kochprobe mit Essigsäurezusatz bei 11 % eine deutliche positive, bei 5 % eine eben noch erkennbare Reaktion bekommen.

Die Albuminurie ist also auch bei anscheinend Gesunden keine allzu seltene Erscheinung, und erfahrungsgemäß kommt gerade der Lebensversicherungsarzt recht oft in die Lage, über ihre Bedeutung für die Lebensprognose ein Urteil abgeben zu müssen. So viel nun auch in der letzten Zeit über Albuminurie geschrieben und gestritten worden ist — über viele Punkte ist noch keine allgemeine Einigung erzielt. Aber doch lohnt es sich schon, einmal Rückschau zu halten, all das weit verstreute Material zu sichten und zu prüfen, wie weit es uns zur Zeit berechtigt oder verpflichtet, unsere Ansichten über die Deutung der Albuminurie und ihre Bedeutung für die Lebensprognose zu ändern.

Die sonst sicherste Quelle für unser Wissen über Lebensprognosen, die *Statistik*, gibt uns hier keine genügende Antwort auf unsere Fragen; denn die genauere Kenntnis einer Reihe von Albuminurien ist noch so jung, daß eine Statistik über ihre Lebensprognose noch nicht existieren *kann*.

Die Gesellschaften haben erst vor kurzem zaghaft angefangen, Albuminuriker aufzunehmen; bis das Lebensschicksal dieser Versicherten statistisch verwertet werden kann, vergehen noch Jahrzehnte.

So müssen wir auf die Hilfe der Statistik vorläufig verzichten.

Hier fehlt wieder die schon oft vermißte Zentralstelle zur Erforschung versicherungsmedizinischer Fragen. Eine solche, die natürlich von den Lebensversicherungsgesellschaften eingerichtet und mit jedem gewünschten Material versorgt werden müßte, könnte schon jetzt die Frage wesentlich fördern durch Aufstellung einer Statistik über das fernere Lebensschicksal aller von den Gesellschaften bisher wegen Albuminurie Abgelehnten. Ein einzelner vermag diese Arbeit nicht zu leisten.



Man würde aber den Tatsachen nicht Rechnung tragen, wollte man bis zur Fertigstellung solcher Statistiken alle mit Eiweißausscheidung im Harn Behafteten von der Versicherung zurückweisen oder mit großen Erschwerungen belasten.

Man muß sich eben zunächst damit begnügen, die bisherigen Ergebnisse physiologischer Forschung und klinischer Erfahrung als Grundlage für sein Urteil über die Lebensprognose der Albuminuriker zu nehmen.

Einzelheiten der physiologischen Forschung hier zu besprechen, würde zu weit führen; nur *eine* jetzt sicher festgestellte physiologische Tatsache muß ich erwähnen: *Der normale Harn enthält immer Spuren von Eiweiß. Posner* hat uns gezeigt, und *Leube* bestätigt das, daß es bei Verarbeitung großer Harnmengen, Einengung und Extraktion gelingt, im Harn eines *jeden* Menschen Eiweiß zu finden.

Diese Albuminurie muß als eine bei jedem Gesunden normalerweise vorhandene Lebenserscheinung als *physiologisch* bezeichnet werden. Es empfiehlt sich, den Begriff der „physiologischen Albuminurie" hier gleich scharf abzugrenzen, denn sie kann für den Lebensversicherungsarzt als lebensverkürzendes Moment natürlich nicht in Frage kommen. In der Literatur und Praxis ist der Begriff der physiologischen Albuminurie noch sehr verschwommen und wird vielfach viel zu weit gefaßt. Eine von der Norm abweichende Eiweißausscheidung kann wohl *harmlos* genannt werden, oder *gutartig,* aber *physiologisch* ist sie deswegen doch noch lange nicht. Ich halte es für richtig, als „physiologisch" nur diejenige Eiweißausscheidung im Harn zu bezeichnen, die wir wirklich bei *allen* Menschen *immer* finden können. Die hier in Betracht kommenden Eiweißmengen sind so gering, daß wir zu ihrem Nachweis besonderer Methoden bedürfen. *Spiegler* hat ein Reagens angegeben, mit dem der Nachweis meist schon in dem nicht eingeengten Urin gelingt. Es zeigt Eiweiß noch in Verdünnungen von 1 : 350 000 an. Seine Zusammensetzung ist: Hydrarg. bichlorat. 8,0, Acid. tartaric. 4,0, Glycerin. 20,0, Aqu. dest. ad 200,0.

Spiegler selbst berichtet, daß es ihm mitunter schwer geworden sei, einen bei Anwendung dieses Reagens eiweißfrei erscheinenden Harn zu finden. Ich kann das nach meinen eigenen Untersuchungen bestätigen: Unter 100 gesunden Soldaten, die ich unter normalen Verhältnissen untersucht habe, d. h. ohne daß sie vorher irgend welchen erfahrungsgemäß Eiweißausscheidung hervorrufenden Einflüssen ausgesetzt waren, habe ich mit der *Spiegler*schen Flüssigkeit im frisch gelassenen Urin bei 83 % Eiweiß nachweisen können.

Bei der Untersuchung mit den üblichen klassischen Eiweißproben erscheint der *normale* Harn *eiweißfrei.* Es wird deshalb mit Recht allgemein empfohlen, in der Praxis nur diese anzuwenden.

Gelegentlich entgeht unsrer Untersuchung dabei freilich auch eine wichtige pathologische Albuminurie; z. B. bei der Schrumpfniere, bei der ja erfahrungsgemäß die ausgeschiedenen Eiweißmengen oft minimal sind. Aber wenn man in jedem Fall die Tagesmenge und das spezifische Gewicht des Harns, die Herzkonfiguration, den Blut-

druck, die Pulsbeschaffenheit, den Augenhintergrund und das Allgemeinbefinden genügend würdigt, dann kann man eine Schrumpfniere kaum übersehen. Ein negativer Eiweißbefund bei Schrumpfniere ist lange nicht so schlimm, als die Verwirrung, die der fast immer positive Ausfall allzu feiner Eiweißproben anrichtet. Die in Betracht kommenden Proben sind:

1. *Die Fällung als koaguliertes Eiweiß mittels der Kochprobe.*

2. *Die Fällung als Acidalbumin mittels Heller's Unterschichtungsprobe mit Salpetersäure.*

3. *Die Fällung durch Neutralsalze aus saurer Lösung mittels der Boedeker'schen Essigsäure-Ferrozyankaliumprobe.*

Die Technik der Proben übergehe ich hier als allgemein bekannt.

Was bedeuten nun Albuminurien, die mit diesen Proben nachweisbar sind, also das Maß des Physiologischen überschreiten? Keinesfalls immer eine Nierenerkrankung. Rein theoretische Erwägung ergibt schon, daß dreierlei Ursachen eine Veränderung der Harnzusammensetzung überhaupt und damit auch die Ausscheidung von Eiweiß über das physiologische Maß hinaus bewirken können:

1. Veränderung des den Harn ausscheidenden *Apparates,* vor allem der Nierenepithelien. Hierher gehören chemische Veränderungen aller Art und die anatomisch nachweisbaren Entartungen von der einfachsten körnigen Degeneration bis zum gänzlichen Zerfall, Entzündungen, mechanische Verletzungen usw.

2. Veränderung der Art und Menge des diesem Apparat zugeführten *Materials* zur Harnbereitung, d. h. Veränderung der Blutzusammensetzung, wie z. B. Änderung des Gehalts an organischen oder anorganischen Bestandteilen, namentlich des Salzgehalts, der chemischen Eigenschaften, wie bei Kohlenoxydvergiftung, Beimengung artfremden oder blutfremden Eiweißes oder organischer oder anorganischer Gifte, Änderung der Gerinnungsfähigkeit, Sauerstoffmangel usw.; und endlich

3. Veränderung der *Arbeitsbedingungen,* unter denen die Nieren für gewöhnlich den Harn bereiten, d. h. zum Beispiel Änderungen des Blutdrucks, der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes, der Körpertemperatur usw.

Die Richtigkeit dieser theoretischen Erwägungen ist durch die praktische Erfahrung bewiesen. Daß Erkrankungen des harnerzeugenden Apparates, der *Niere,* Albuminurie erzeugen, ist ja längst allgemein bekannt. Daß das zur Harnerzeugung zur Verfügung stehende *Material* der schuldige Teil sein kann, beweisen die Beobachtungen von *Hingston* und *Fox;* nach ihnen gibt es eine Eiweißausscheidung infolge zu geringer Gerinnungsfähigkeit des Blutes, und diese Albuminurie verschwindet mit Änderung der Blutbeschaffenheit durch Eingeben von milchsaurem Kalk. Und endlich hat *Jehle* an der lordotischen Albuminurie gezeigt, daß auch eine gesunde Niere aus normalem Blut einen eiweißhaltigen Harn absondern kann, wenn man ihre *Arbeitsbedingungen* ändert, und daß das Eiweiß wieder verschwindet, wenn man der Niere normale Arbeitsbedingungen gibt. Der oft gehörte Satz: „Eine normale Niere läßt kein Eiweiß in den



Harn übertreten, wenn also doch Eiweiß im Harn erscheint, so muß die Niere krank sein", ist also *falsch*. Wir wissen nur, daß eine normale Niere *unter normalen Bedingungen* das Eiweiß zurückhält.

Heubner war in der Lage, durch die Autopsie zu beweisen, daß Albuminurie ohne Nierenerkrankung bestehen kann. Eine Niere, die 1½ Jahre lang unter bestimmten Bedingungen täglich Eiweiß ausgeschieden hatte, zeigte keinerlei anatomische Veränderung, die diese Ausscheidung erklärte.

Die Kenntnis dieser Tatsachen ist wichtig für die richtige Bewertung der Albuminurie bei Lebensversicherungskandidaten; denn so selbstverständlich erkrankte Nieren einen Ablehnungsgrund bilden, so ungerechtfertigt wäre es, alle Albuminurien über diesen Leisten zu schlagen, wenn wir wissen, daß Albuminurie keineswegs immer eine Nierenerkrankung beweist. Für die Praxis behält man am zweckmäßigsten die Einteilung der nicht physiologischen Albuminurien in „echte" und „falsche" Albuminurien bei. Die Grenze zwischen diesen beiden Gruppen ist anatomisch und physiologisch ziemlich genau zu ziehen.

Wird das Eiweiß innerhalb der harnabsondernden Teile der Niere ausgeschieden und verläßt diese mit dem Harn zusammen und in ihm gelöst, so sprechen wir von „echter" Albuminurie. Den Ausdruck „renale" Albuminurie dafür zu wählen empfiehlt sich nicht, da er den falschen Eindruck erwecken könnte, daß die Niere selbst in diesen Fällen immer die primäre Ursache für die Eiweißausscheidung in sich trage.

Von „falscher" Albuminurie sprechen wir, wenn das Eiweiß dem normal abgesonderten Harn erst in den ableitenden Harnwegen beigemengt wird. Der Verdacht auf solche Beimengungen entsteht meist schon bei der *makroskopischen* Betrachtung des Harnes: sie pflegen bald als wolkiger Satz auf den Boden zu sinken. Die zur Sicherung der Diagnose unerläßliche *mikroskopische* Untersuchung ergibt je nach Lage des Falles Schleimfäden, Plattenepithelien, Eiterzellen, rote Blutkörperchen, Spermatozoen, Geschwulstzellen, *nie* aber granulierte, Wachs- oder Epithelzylinder; vereinzelte hyaline Zylinder beweisen ja nichts für eine Nierenerkrankung. Die *chemische* Untersuchung ergibt meist eine Eiweißreaktion, deren Schwäche auffallend kontrastiert mit der Ausgiebigkeit des Sediments. *Wiederholte* Untersuchung eines solchen Falles klärt uns bald darüber auf, ob neben der falschen nicht doch eine echte Albuminurie besteht. Ist das nicht der Fall, dann richtet sich die Prognose nach der des Grundleidens, oder ihre Stellung erübrigt sich ganz, da die Beimengung sich als zufällige, einmalige erwiesen hat. Bleibt die Entscheidung trotz mehrfacher Untersuchung zweifelhaft, so empfiehlt es sich natürlich, so zu verfahren, als ob eine echte Albuminurie vorläge.

Wir wenden uns zu den echten Albuminurien.

Seitdem festgestellt war, daß es Albuminurien gibt, deren klinisches Bild mit dem einer Nierenentzündung nichts gemein hat, als eben die Ausscheidung von gelöstem Eiweiß mit dem Harn, haben

zahlreiche Autoren sich mit ihrer Deutung beschäftigt. Man fand, daß anscheinend ganz gesunde Menschen ohne Störung ihres Wohlbefindens und ohne irgendwelche sonstigen Anzeichen einer bestehenden oder überstandenen Nierenentzündung ständig oder mit regelmäßigen Unterbrechungen oder endlich nur bei bestimmten Veranlassungen — die wieder bei den einzelnen sehr verschieden sind — Eiweiß ausschieden. Je nachdem die Ursache war, auf die ein Autor das Symptom nach seinen Beobachtungen zurückführte, oder je nach der Art seines Auftretens, erhielt es einen anderen Namen, und so gibt es jetzt eine verwirrende Menge verschieden benannter Albuminurien, deren Einordnung in eine übersichtliche Einteilung noch erschwert wird durch den Umstand, daß verschiedene Autoren mit derselben Bezeichnung nicht denselben Begriff verbinden. Man spricht von Pubertätsalbuminurie, von physiologischer, essentieller, funktioneller, konstitutioneller, gutartiger, zyklischer, intermittierender, transitorischer, orthostatischer, orthotischer, lordotischer, alimentärer, renalpalpatorischer, toxischer, prätuberkulöser usw. Albuminurie. Die Reihe der Namen ist noch nicht erschöpft.

Erst die Arbeiten der letzten Jahre, namentlich von *v. Noorden, Heubner, Jehle, Senator* u. a. haben uns aus diesem Wirrwarr etwas herausgeholfen. An ihre Ergebnisse können wir uns im Wesentlichen halten. Auf die vielen in mehreren hundert Arbeiten erörterten Streitfragen soll hier nicht eingegangen werden; zum Teil war es auch nur ein Streit um Worte. *Uns* interessiert hier nur die Bedeutung der Albuminurie für die Prognose der Lebensdauer der mit ihr Behafteten. Und von diesem Gesichtspunkt aus wollen wir versuchen, die verschiedenen bisher beschriebenen Formen der echten Albuminurien zu sichten. Ich halte hierzu folgende Einteilung für empfehlenswert:

1. Albuminurie als Symptom und Folge von Nierenkrankheiten: renale Albuminurie;

2. Albuminurie als Symptom von extrarenalen Krankheiten;

3. Albuminurien, die das einzige oder wenigstens augenfälligste Symptom einer sonst nicht störenden Veränderung der Körperfunktionen darstellen.

Zur Gruppe 1, den echten, renalen Albuminurien, ist nicht viel zu sagen. *Posner* hat neuerdings die sehr beherzigenswerte Mahnung ausgesprochen, man soll in der Beurteilung des mikroskopischen Sedimentbefundes recht kritisch sein und nicht jede Epithelzelle als Boten einer entzündeten Niere ansprechen. Wenn nicht ganz unzweideutige Zell-, Wachs- oder reichlich granulierte Zylinder vorhanden sind, soll man jedenfalls niemals aus dem Sedimentbefund allein die Diagnose Nephritis stellen; diese ist nur unter Berücksichtigung aller Begleiterscheinungen sicher zu diagnostizieren. Albuminuriker aber, bei denen wir eine Nierenentzündung einwandfrei feststellen können, sind zu allen Zeiten von den Lebensversicherungsgesellschaften glatt abgewiesen, bzw. bei akuten Fällen zurückgestellt worden. Bei diesem Verfahren wird man es auch fernerhin belassen müssen; über

die Verkürzung der Lebensdauer durch Nierenentzündung besteht ja wohl nirgends ein Zweifel.

Ein zu dieser Gruppe gehöriges Krankheitsbild bedarf noch besonderer Besprechung: das ist die von *v. Noorden* beschriebene harmlose dauernde Eiweißausscheidung nach Ablauf einer zweifellosen akuten Nierenentzündung, ohne daß sonstige Zeichen einer progressiven Nierenkrankheit vorhanden sind. Vereinzelte Zylinder, sogar auch rote Blutkörperchen werden dabei gefunden, aber das ganze Verhalten der Patienten, insbesondere des Herzens, der Gefäße und des Blutdrucks, bleibe völlig normal. Die klinische Erfahrung verlange hier trotz des klaren nephritischen Ursprungs die Aufstellung eines besonderen Bildes der gutartigen Albuminurie. *v. Noorden* hat solche Patienten beschrieben, bei denen schon seit zwei Jahrzehnten und mehr dauernd Albuminurie bestand, ohne daß das geringste Folgesymptom einer Nephritis aufgetreten wäre. Er nimmt dabei geringe Grade von Nierenschrumpfungen an, die zum Stillstand gekommen sind. Pathologisch-anatomische Untersuchungen von solchen Fällen sind bis jetzt nicht veröffentlicht. Aber die Beobachtung erstreckt sich bei einzelnen auf so lange Zeit, daß sie entschieden Beachtung verdienen. Aus allerneuester Zeit liegt nun auch wieder eine Arbeit von einem skandinavischen Arzt vor, der die *v. Noorden*schen Beobachtungen bestätigt. Es scheint in der Tat, daß sich an echte Nierenentzündungen jahrelang dauernde, völlig gutartige Albuminurien anschließen können. Aber die Zahl dieser Beobachtungen ist doch noch zu gering, als daß wir sie schon zur Grundlage für unser Urteil als Lebensversicherungsärzte machen könnten; bis sie in größerer Zahl vorliegen, halte ich es für ratsam, Albuminurien im unmittelbaren Anschluß an Nierenentzündung, ebenso wie diese selbst, abzulehnen.

Von der zweiten Gruppe, den *Albuminurien als Symptom von extrarenalen Krankheiten,* können wir gleich aus der Betrachtung ausscheiden die *febrile* Albuminurie; sie kommt im allgemeinen für den Lebensversicherungsarzt nicht in Betracht, da fieberhaft Erkrankte doch zunächst zurückgestellt werden; aus demselben Grunde können wir die toxischen Albuminurien bei Infektionskrankheiten übergehen. Besonderer Erwähnung bedarf nur die neuerdings wieder von *Lütcke* und *Sturm* beschriebene Albuminurie bei Tuberkulösen. Die genannten Autoren haben 140 Tuberkulöse aller Stadien auf Eiweißausscheidung untersucht und bei 102 davon nach einstündigem Stehen eine positive Reaktion gefunden, also den Typus einer orthotischen Albuminurie. Sie glauben, diese Erscheinung auf die Einwirkung der Tuberkulose-Toxine zurückführen zu müssen. Auch von pädiatrischer Seite (*Reyher*) ist jetzt wieder darauf hingewiesen worden, daß Orthotiker häufig Zeichen beginnender Tuberkulose haben. Uns interessieren diese Beobachtungen, weil sie in jedem Falle von orthotischer Albuminurie dazu mahnt, auf Tuberkulose zu fahnden.

In den zahlreichen anderen Fällen, in denen Albuminurie als Begleitsymptom von anderen Krankheiten auftritt, hängt ihre Pro-

gnose fast immer ab von der der Grundkrankheit. Die Albuminurie wird dabei meistens dazu veranlassen, die Grundkrankheit schärfer zu beurteilen; so bei Herzkrankheiten, Arteriosklerose, Anämie, Nervenkrankheiten usw. Wir hätten hier noch der Vollständigkeit wegen der *Bence-Jones*schen Albuminurie als Symptom multipler Knochenmarksgeschwülste zu gedenken. Endlich gehört in diese Gruppe noch eine besondere Form der Albuminurie, die von *Jehle* zuerst beschriebene *lordotische Albuminurie.*

Jehle hat gefunden, daß bei einem großen Teil der bisher als Orthotiker angesehenen Individuen die wirkliche Veranlassung zur Eiweißausscheidung nicht die aufrechte Körperstellung an sich, sondern eine damit verbundene Ausbildung einer Lordose der Lendenwirbelsäule von ganz bestimmter Form ist (tiefster Punkt der Lordose in Höhe des ersten und zweiten Lendenwirbels). Er hat durch eine große Zahl von Versuchen feststellen können, daß bei den von ihm sogenannten „Lordotikern" die Albuminurie in jeder Körperstellung *nur dann* auftrat, wenn diese Lordose sich ausbildete, *dann* aber auch *immer.* So konnte er bei ihnen einerseits durch künstliche Erzeugung der Lordose im Liegen Albuminurie hervorrufen, andererseits durch deren künstliche Beseitigung (Gypskorsett) die Eiweißausscheidung auch im Stehen dauernd verhindern. Zur Erhärtung seiner Theorie hat er dann auch an Normalen Versuche gemacht, und es ist ihm in der Tat gelungen, bei ihnen durch künstliche Erzeugung der „echten Lordose" Eiweißausscheidungen hervorzurufen. Er erklärt die Wirkung der Lordose offenbar richtig durch mechanische Kompression der Vena cava inf. und dadurch bewirkte Stauung in den Nierenvenen. Ein Versuch mit manueller Kompression der Vena cava durch die Bauchdecken hindurch bestätigte seine Annahme. Wurde die Vena cava dabei peripher von der Einmündung der Nierenvenen komprimiert, dann trat keine Albuminurie auf.

Jehle geht wohl zu weit, wenn er nun alle bisher als „orthotisch" bezeichneten Albuminurien unter einen Hut mit seiner „lordotischen" bringen will. Dagegen spricht vor allen Dingen ein prinzipieller Unterschied: *Jehle* hat bei seinen lordotischen Eiweißausscheidungen Sedimente gefunden, die sich in nichts von denen akuter hämorrhagischer Nierenentzündungen unterschieden. Das spricht doch für eine vorübergehende starke Schädigung des Nierenparenchyms, deren häufige Wiederholung nicht ohne schädliche Folgen bleiben kann. Es handelt sich bei den Lordotikern im allgemeinen, ebenso wie den Orthotikern, um körperlich etwas unterwertige Kinder; doch hat *Jehle* auch schon mehrere Fälle bei Erwachsenen beobachtet.

Die Diagnose dieser Art Albuminurie ist leicht, wenn man darauf achtet, daß die Eiweißausscheidung wirklich nur beim Vorhandensein der beschriebenen Lordose eintritt und mit ihr wieder verschwindet. *Jehle* selbst gibt neuerdings für die Feststellung einer lordotischen Albuminurie folgende Vorschrift: „Man lasse den entkleideten Patienten ein Bein auf einen Stuhl stellen. Den gleich-

seitigen Vorderarm lege er auf eine entsprechend höhere horizontale Stütze auf. Den andersseitigen Arm kann er horizontal vor sich ausstrecken. Doch ist das nicht nötig. Sofort hebt sich die Lordose auf, und die mit ihr verbundene große Beckenneigung wird geringer. Bei dieser Stellung schwinden in 15 Minuten selbst erhebliche orthotische Albuminurien. Die Prüfung geschieht, indem der Patient etwa alle fünf Minuten Urin läßt. Wird die Stellung aufgegeben, so folgt nach drei Minuten neue Albuminurie." Die Grundkrankheit ist also hier die Lordose, und die Prognose ist abhängig von ihrer Beeinflußbarkeit und der Dauer ihres Bestehens. Ist sie leicht zu beseitigen, so können solche Leute unbedenklich versichert werden; so lange sie noch Eiweiß haben, natürlich unter verschärften Bedingungen. Je länger aber die Lordose bestanden hat, je häufiger also das Nierenparenchym durch die wiederholte mechanische Behinderung des venösen Kreislaufs in seiner Ernährung und Funktion gestört worden ist, um so eher wird eine dauernde Schädigung zurückgeblieben sein.

Wir kommen jetzt zur *dritten Gruppe,* zu den Albuminurien, die das einzige oder wenigstens augenfälligste Symptom einer sonst nicht nachweisbaren Störung der Körperfunktionen bilden. Unter ihnen hat besonders *eine* Form in den letzten Jahren großes Interesse beansprucht und bedarf deshalb eingehenderer Besprechung: *die orthotische Albuminurie.* Diese Form der Albuminurie tritt zwar vorwiegend bei Kindern vom 7. bis 15. Lebensjahr auf, also in einem Alter, in dem im allgemeinen von Lebensversicherung noch nicht die Rede ist, aber die Frage, ob ihr Überstehen die Lebensprognose beeinträchtigt, und die mehrfach beglaubigte Tatsache ihres Fortbestehens bis ins dritte Lebensjahrzehnt hinein erheischen ihre Besprechung an dieser Stelle.

Ich gebe zunächst die genaue Definition des Begriffes der orthotischen Albuminurie nach *Heubner,* ihrem besten Kenner. Er versteht darunter „eine Eiweißausscheidung beim Kinde (nicht selten bis ins erwachsene Alter sich fortsetzend), die lediglich dann auftritt, wenn der Kranke aus der horizontalen Körperhaltung in die vertikale übergeht, also infolge des *Aufrichtens* sich einstellt, um dann eine Zeitlang im aufgerichteten Zustande fortzudauern, aber ganz gewöhnlich noch während der aufrechten Haltung im Laufe des Tages, bei den verschiedenen Bewegungen des Umhergehens, Auf- und Abwärtssteigens wieder zu verschwinden". Absolutes Postulat für die Annahme einer rein orthotischen Albuminurie ist für *Heubner* außerdem, daß auch bei häufigen Untersuchungen *niemals* Nierenelemente im Harn gefunden werden.

Über das Vorkommen der so von *Heubner* beschriebenen Erscheinung herrscht Übereinstimmung. Über ihre Deutung und klinische Bewertung sind heiße Debatten entstanden, die noch immer zu keiner endgültigen Einigung geführt haben. *Heubner* erklärt sich die Erscheinung als „eine konstitutionelle Minderwertigkeit", die er in Parallele setzt mit anderen „Entwicklungskrankheiten", wie Chlorose usw. Die Tatsache, die von allen Autoren betont wird, daß

es sich bei den Trägern der orthotischen Albuminurie in der überwiegenden Mehrheit um Individuen handelt, die auch sonst in der Entwicklung zurückgeblieben sind, würde diese Annahme unterstützen.

Senator dagegen hielt an der Auffassung fest, daß es sich in den Nieren der Orthotiker um Reste einer abgelaufenen akuten oder um eine schleichend beginnende chronische Nierenentzündung handle. Er stellt sich darunter kleinste, in der Niere verteilte, nicht progressive Entzündungsherdchen vor. Daß dabei nicht dauernd Eiweiß ausgeschieden wird, würde nicht dagegen sprechen, denn es ist allgemein bekannt, daß man auch bei ausheilenden akuten und bei ganz chronischen Nierenentzündungen den orthotischen Typus der Eiweißausscheidung findet. Die Frage, welche von beiden Ansichten die richtige ist, ist für uns von sehr großer Bedeutung. Denn würde es sich bei der orthotischen Albuminurie um eine schleichende Nierenentzündung handeln, dann verstände sich mit Recht kein Lebensversicherungsarzt dazu, einen Orthotiker als versicherungsfähig zu bezeichnen; zum mindesten würde die Vermehrung des Risikos bedeutend höher eingeschätzt werden müssen.

Vieles spricht *gegen Senators* Annahme: das dauernde Fehlen von Nierenbestandteilen und Zylindern im Sediment, das hohe spezifische Gewicht und die geringe Menge des Harns während der Orthose, der Befund an Herz und Gefäßapparat, der in den meisten Fällen das gerade Gegenteil darbietet von dem, was man bei einer Nierenentzündung findet. Bei dieser ein „konstant gespannter Puls und Herzhypertrophie“ und bei den Orthotikern „ein äußerst labiles Verhalten des Zirkulationsapparates“. Und endlich der anatomische Befund: *Heubner* war, wie schon erwähnt, in der Lage, die Niere eines Kindes zu untersuchen, das 1½ Jahre lang die Erscheinung der orthotischen Albuminurie gezeigt hatte. Die Niere war normal; sie zeigte wenigstens keinen abnormen Befund, den man mit der Albuminurie hätte in kausalen Zusammenhang bringen können. Wir können also wohl mit *Heubner* annehmen, daß es sich bei der reinen orthotischen Albuminurie *nicht* um eine *Erkrankung* der Niere handelt.

Die Prognose der orthotischen Albuminurie bezüglich der Heilung ist gut. *Heubner, Teissier, Schaps* u. a. haben über eine ganze Reihe von einwandfrei festgestellten Heilungen berichtet.

Über die Prognose hinsichtlich der *Lebensdauer* der Orthotiker gibt es noch keine Statistiken. Es bestehen Einzel-Beobachtungen über sehr langes Fortbestehen der orthotischen Albuminurie ohne wesentliche Schädigung des Allgemeinbefindens. So berichtet *Martius* über Fälle, in denen die Albuminurie 10 und 15 Jahre über die Pubertät hinaus bestand. Ihm ist bei einem Material von 171 Fällen in 6 Jahren kein Fall zur Kenntnis gekommen, in dem ein Kind mit orthotischer Albuminurie nephritische Symptome bekommen hätte. *Posner* hat einen Fall 20 Jahre lang beobachtet, ohne daß sich die geringste Änderung zum Schlechteren in dem Allgemeinbefinden gezeigt hätte. Eine Reihe von Fällen ist auch nach ihrer Ausheilung noch weiter beobachtet worden. So be-

richtet *Heubner* über Fälle, die er bis zu acht Jahren nach ihrer Heilung beobachtet, und bei denen er keinerlei üble Folgen der überstandenen Anomalie gefunden hat. Das beweist allerdings noch nichts gegen die Möglichkeit, daß einstige Orthotiker im späteren Leben mehr zur Nephritis neigen als normale Menschen. *Martius* spricht diesen Verdacht auf Grund theoretischer Erwägung direkt aus, und *Heubner* selbst verweist die Orthotiker wegen ihrer allgemeinen Minderwertigkeit in die Kategorie der schwächlich Veranlagten.

Duks hat in 34jähriger Schularztzeit an einer großen Schule viele Albuminuriker kommen und gehen sehen und viele bis ins Mannesalter im Auge behalten. In keinem Fall konnte er mehrere Jahre nach dem Verlassen der Schule noch Eiweiß nachweisen. Ob es sich bei diesen Fällen nur um Orthotiker gehandelt hat, geht allerdings aus der Mitteilung nicht hervor. Die Statistik von *Washburn,* der für 39 Fälle eine Mortalität von 1,8 % gegen zu erwartende 0,9 % feststellte, ist zu klein, um schon Schlüsse zu gestatten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die *Heil*prognose der wirklich einwandfrei festgestellten reinen orthotischen Albuminurie *als günstig* zu bezeichnen ist. Die allgemeine *Lebens*prognose ungünstig zu stellen, liegt keine Veranlassung vor; sie wird allerdings wohl meist beeinträchtigt durch die allgemeine schwächlichere Veranlagung der Orthotiker und durch die Erwägung, daß eine Niere, die jahrelang unter abnormen Bedingungen arbeiten mußte, wahrscheinlich anfälliger sein wird, als eine solche, die stets normal gearbeitet hat.

Differentialdiagnostisch ist vor allem wichtig die Abgrenzung gegen abklingende akute und gegen chronische Nierenentzündung.

Unerläßliche Bedingungen für die Annahme einer orthotischen Albuminurie sind: rein orthotischer Typus, für den nach *Fürbringer* auch besonders charakteristisch das rasche Auftreten von reichlich Eiweiß nach dem Aufstehen, bei völligem Fehlen desselben im Liegen ist (diese raschen Ausschläge kommen bei Nephritis kaum vor), *keine* Nierenelemente, *keine* Blutkörperchen, keinerlei Zeichen von Folgen einer Nierenentzündung (erhöhter Blutdruck, Hypertrophie des linken Ventrikels, Veränderungen am Augenhintergrund, urämische Symptome).

Die Quantität des Urins bildet keinen sicheren differentialdiagnostischen Maßstab, doch pflegt sie in der Orthose vermindert zu sein.

Hat man unter Berücksichtigung aller genannten Punkte die Diagnose „orthotische Albuminurie“ gestellt, dann ist man nach dem, was über die Prognose dieser Anomalie bisher bekannt ist, sehr wohl berechtigt, die Albuminurie nur als einen Grund zur Erschwerung, nicht aber zur Ablehnung der Versicherung anzusehen.

Wie schwierig freilich unter Umständen die Feststellung der Natur einer Eiweißausscheidung sein kann, zeigt der Fall von *Stintzing,* in dem nach 19jähriger Beobachtung noch keine sichere Diagnose gestellt werden konnte, und man wird daher stets den Rat

Leube's beherzigen müssen: Wenn auch alle genannten Symptome zutreffen, ein *bindendes* Urteil erst abzugeben, wenn man den Betreffenden ein Jahr und darüber beobachtet und sich während dieser Zeit von der Abwesenheit jedes auf Nephritis deutenden Symptoms mehrfach überzeugt hat. Eine besondere Form der „Pubertätsalbuminurie" von der orthotischen Albuminurie abzutrennen, liegt nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse kein Grund mehr vor.

Außer der orthotischen gibt es nun noch eine große Gruppe von Eiweißausscheidungen im Harn, die bei anderen Anlässen auftreten. Hierher gehört die Albuminurie nach Muskelanstrengungen, wie langen Märschen, Turnübungen, nach kalten Bädern, nach geistiger Anstrengung, nach gemütlichen Erregungen, nach sehr eiweißreichen Mahlzeiten usw. Man kann diese Albuminurien recht häufig beobachten. Die Anführung von Statistiken kann ich mir hier sparen. Handelt es sich dabei um Individuen mit kräftiger Konstitution, mit gesunden Organen, ohne jedes Symptom einer Nierenentzündung, enthält auch der Urin keine Formelemente, die auf eine Nierenschädigung schließen lassen, und verschwindet das Eiweiß nach dem Aufhören des Anlasses zu seiner Ausscheidung wieder vollständig, *dann* sind diese Albuminurien völlig harmlos und können bei der Versicherung unbedenklich vernachlässigt werden.

Anders bei den schwereren Albuminurien nach exzessiven Sportleistungen. Bei ihnen sind bis zu 5 ‰ Eiweiß und Sedimente beobachtet, die sich in nichts von denen bei einer akuten hämorrhagischen Nierenentzündung unterscheiden. Hier handelt es sich also zweifellos um eine Schädigung des Nierenparenchyms. Wenn auch mehrfach berichtet wird, daß auch diese Schädigungen bei sonst gesunden Individuen rasch verschwinden und dauernde Störungen nicht beobachtet worden sind, so kann doch keine Lebensversicherungsgesellschaft das Risiko übernehmen, jemand, der notorisch seine Nieren immer wieder sichtlich schädigt, ohne Verschärfung der Bedingungen zu versichern.

Erwähnen möchte ich hier noch eine wiederholte Beobachtung von *Jehle:* daß Albuminurie zwar nach kalten Schwimmbädern, bei denselben Individuen aber *nicht* nach kalten Wannen- oder Duschebädern auftrat. Es handelte sich in diesen Fällen um lordotische Albuminurien. Beim Brustschwimmen war die Lordose natürlich besonders stark ausgebildet und bewirkte Albuminurie; beim Sitzen in der Wanne oder Vornüberstehen im Duschebad war die Lordose ausgeglichen und die Albuminurie blieb aus.

Das sind im wesentlichen die für uns in Betracht kommenden Formen von Albuminurie. Ein tieferes Eingehen auf alle strittigen Fragen und die zahlreichen über das Zustandekommen der Eiweißausscheidung entstandenen Theorien würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten, deren Zweck es sein soll, an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen im Zusammenhang die verschiedenen Albuminurien kurz zu besprechen und zu zeigen, welche Richtlinien für die versicherungsärztliche Bewertung des Symptoms der Eiweißausscheidung mit dem Harn sich bis jetzt ziehen lassen.

Es mußte für mich selbstverständlich bei dem Studium dieser Frage noch von besonderem Wert sein, zu erfahren, wie die Lebensversicherungsgesellschaften und ihre Revisionsärzte sich zurzeit dazu stellen. Ich habe mich zu diesem Zweck an einzelne Herren persönlich gewandt und außerdem einen Fragebogen ausgearbeitet, den ich an die Revisionsärzte von 50 Lebensversicherungsgesellschaften in Deutschland und den Nachbarländern versandt habe, und ich habe dabei das liebenswürdigste Entgegenkommen gefunden; 31 Herren haben mir die Fragebogen zum Teil mit großer Sorgfalt ausgefüllt zurückgesandt, ein Teil der Herren war auch so liebenswürdig, mir Separatabdrücke von eigenen Arbeiten über das Thema zur Verfügung zu stellen. Ich möchte auch an dieser Stelle allen den Herren meinen verbindlichsten Dank hierfür aussprechen.

Das Ergebnis der Rundfrage ist kurz folgendes: Die meisten Gesellschaften nehmen Kandidaten vom 15. bis 18. Lebensjahr, alle vom 20. Lebensjahre an auf; sie alle haben es also oft genug mit Individuen zu tun, welche noch in der am häufigsten von Albuminurien befallenen Lebensperiode stehen. Kinder unter dem Pubertätsalter werden fast ausnahmslos nicht aufgenommen.

Zwölf von 31 Gesellschaften lehnen die Aufnahme von „minderwertigen Leben“ grundsätzlich ab.

Auf meine Frage: „Werden Antragsteller, bei denen der Vertrauensarzt Albuminurie festgestellt hat, von Ihnen rundweg abgelehnt?“ haben 7 Versicherungsärzte mit einem glatten „Ja“ geantwortet, 5 stellen Albuminuriker grundsätzlich zurück, 4 lehnen sie nur bei wiederholtem positiven Eiweißbefund grundsätzlich ab; 2 machen es von der Quantität des nachgewiesenen Eiweißes abhängig. Meine Frage: „Erkennen Sie . . . . . eine Albuminurie an, die die Prognose der Lebensdauer in keiner Weise beeinflußt?“ wurde 12 mal mit „Nein“, 9 mal mit „Ja“ beantwortet, 3 mal als noch nicht spruchreif erklärt. Bezeichnend ist die hier 5 mal erfolgte Antwort: „Wissenschaftlich ja, versicherungstechnisch nein“; sie zeigt, wie schwer es ist, die Erfahrungen der Wissenschaft auf die Praxis zu übertragen.

Ein Revisionsarzt teilt mit, daß er häufig aus sogenannten „physiologischen“ Albuminurien habe Nierenentzündungen entstehen sehen und auf Grund dieser Erfahrungen von der Annahme einer „physiologischen“ Albuminurie im Sinne der gestellten Frage abgekommen sei. Die eigentliche „physiologische“ Albuminurie in dem von mir weiter oben umgrenzten Sinn wird nie erwähnt, offenbar weil sie für den Lebensversicherungsarzt belanglos ist. Auch da, wo eine harmlose Albuminurie anerkannt wird, werden ihre Träger nicht immer bedingungslos aufgenommen; drei Revisionsärzte stellen sie zurück, bis bei späterer Untersuchung kein Eiweiß mehr nachgewiesen wird, nur drei nehmen sie als normale Risiken auf.

Meine Frage: „Erkennen Sie eine Albuminurie an, die zwar nicht sicher ganz ohne Einfluß auf die Lebensdauer ist, aber doch noch nicht als absoluter Ablehnungsgrund angesehen werden kann?“ wurde 13 mal mit einem glatten „Nein“, 5 mal mit „Ja“ beantwortet,

darunter einmal unter ausdrücklicher Nennung der orthotischen Albuminurie. Zwei Revisionsärzte zählen eine Albuminurie dann unter diese Rubrik, wenn nach Zurückstellung auf einige Zeit das Ergebnis der erneuten Untersuchung auf Eiweiß dreimal negativ ist. Von einem Revisionsarzt wird zur Not noch die Anstrengungsalbuminurie unter Berechnung von 60 bis 75 % Übersterblichkeit hierher gerechnet. Als unerläßliche Bedingung für die Aufnahme solcher Kandidaten wird allgemein das Fehlen von sonstigen Zeichen einer Nierenerkrankung verlangt. Die meisten Gesellschaften lehnen also Kandidaten mit nicht ganz sicher völlig harmloser Albuminurie ab, andere stellen sie zurück bis zur Erhebung negativen Befundes.

Meine Frage: „Lassen die bis jetzt bei Ihrer Gesellschaft gesammelten Erfahrungen schon verwertbare Schlüsse bezüglich der Versicherungsfähigkeit der Albuminuriker überhaupt zu und welche?“ wurde allgemein verneint. Nur *ein* Revisionsarzt teilt mit, „er erinnere sich, wiederholt Todesfälle bearbeitet zu haben von Versicherten, die trotz vorübergehend beobachteter Albuminurie aufgenommen worden waren, besonders, wenn ein Hausarztattest besagte, daß physiologische Albuminurie vorläge. Die Versicherungsdauer war stets nur eine kurze, die Todesursache eine Nierenerkrankung. Auf Grund dieser Erfahrungen lasse seine Gesellschaft jetzt die Diagnose »physiologische Albuminurie« nicht mehr gelten“.

Ein anderer berichtet über drei Fälle aus seiner Praxis, in denen Albuminurien geringen Grades ohne Nierensymptome nach monate- und jahrelangem Bestande (18. bis 40. Lebensjahr der Beobachteten) seit Jahren verschwunden sind und gar keine Krankheitserscheinungen machten.

Man sieht: Die verschiedensten Ansichten stehen sich gegenüber; nur verhältnismäßig wenig Versicherungsgesellschaften und -ärzte haben sich bis jetzt dazu verstehen können, von dem grundsätzlich ablehnenden Standpunkt den Albuminurikern gegenüber abzugehen; auch wo theoretisch die Möglichkeit zugegeben wird, daß eine Albuminurie völlig harmlos sein kann, wird dem mit ihr behafteten Kandidaten großes Mißtrauen entgegengebracht. Ich bin der festen Überzeugung, daß dieser Skeptizismus in absehbarer Zeit einer milderen Auffassung Platz machen wird, denn ich glaube, aus dem oben Gesagten folgendes *Ergebnis* ziehen zu können:

1. Begründeter Verdacht auf eine chronische Nierenentzündung ist nach wie vor unbedingter Ablehnungsgrund, vorläufig auch noch alle Albuminurien, die in unmittelbarem Anschluß an Nierenentzündungen entstanden sind.

2. Versicherungsfähig unter erschwerten Bedingungen sind sonst gesunde Menschen mit reiner orthotischer oder lordotischer Albuminurie.

3. Als normale Risiken können unbedenklich angenommen werden Menschen mit Albuminurien, die nur bei bestimmten Anlässen auftreten und kurz nach dem Aufhören der Veranlassung (Muskelanstrengung, kaltes Bad, Aufnahme reichlicher Eiweißnahrung, geistige Überanstrengung usw.) wieder verschwinden. Bedingung ist



dabei natürlich das Fehlen jeglicher sonstigen Krankheitserscheinungen.

4. Die im wahren Sinne physiologische Albuminurie kommt für den Versicherungsarzt nicht in Betracht, sie ist mit den durch ihn einzig anzuwendenden klassischen Eiweißproben nicht nachweisbar.

Ich verkenne dabei keinen Augenblick die großen praktischen Schwierigkeiten bei der Feststellung der Harmlosigkeit einer Albuminurie.

Der Verdacht auf eine chronische Nierenentzündung kann nur dann mit genügender Sicherheit ausgeschlossen werden, wenn zweifelhafte Fälle unter langdauernder (ev. bis zu einem Jahre sich hinziehender) Beobachtung häufig und systematisch untersucht werden. *Hier ist aber der wunde Punkt.* Kein Versicherungsuchender läßt sich solch langdauernde und lästige Beobachtung von dem ihm aufgezwungenen Versicherungsarzt auf die Dauer gern gefallen. Der Erfolg wäre meist ein verärgertes Abgehen des Kandidaten und der Versuch, bei einer anderen Gesellschaft bequemer anzukommen. Der Gedanke einer Krankenhausbeobachtung, bei welcher man natürlich schneller zu einem Ergebnis kommen könnte, ist von allen von mir befragten Revisionsärzten weit von der Hand gewiesen worden, teils der Kosten wegen, teils aber und hauptsächlich, weil die Versicherungskandidaten auf einen solchen Vorschlag niemals eingehen würden. Von einer Gesellschaft sind solche Erfahrungen mit Glykosurikern bereits gemacht worden. So helfen sich die Gesellschaften in zweifelhaften Fällen mit der in bestimmten Abständen mehrmals angeordneten Wiederholung der Untersuchung des Urins auf Eiweiß. Die meiner Ansicht nach absolut unerläßliche, häufig wiederholte *mikroskopische* Untersuchung wird von den Vertrauensärzten nur selten, häufig gar nicht verlangt — offenbar weil die Gesellschaften den Besitz eines Mikroskops oder die Zeit zu dessen ausgiebigem Gebrauch nicht bei allen ihren Vertrauensärzten voraussetzen können. Die Einsendung des Urins an den Revisionsarzt hat aber immer zur Folge, daß er erst viele Stunden alt zur Untersuchung kommt. Wenn man auch durch Zusatz konservierender Substanzen die völlige Zerstörung der Formelemente durch Zersetzung verhindern kann, so ist das Untersuchungsergebnis doch nicht so einwandfrei wie bei frisch gelassenem Harn.

Eine sehr wertvolle Unterstützung bei der Beurteilung zweifelhafter Fälle wären Äußerungen des Hausarztes. Ein langjähriger Hausarzt einer Familie kann über deren Angehörige unstreitig zuverlässigere und wertvollere Auskunft geben, als die einmalige und deshalb meist unzulängliche Untersuchung durch den Vertrauensarzt. Leider werden langjährige Hausärzte in der modernen Zeit immer seltener, und wo sie tatsächlich vorhanden sind, sind sie zu den gewünschten Auskünften nicht immer bereit.

Die vielfachen Versuche, durch direkte Funktionsprüfung festzustellen, ob und wie die Nieren erkrankt sind, haben noch keine praktisch brauchbare Methode gezeitigt. Die einfacheren Methoden liefern keine einwandfreien Resultate, und wo die Resultate einiger-

maßen eindeutig sind, sind sie das Ergebnis langdauernder, komplizierter Versuchsreihen, denen sich ein Versicherungskandidat im allgemeinen nicht unterzieht. Ob es sich einmal empfehlen wird, die von *Rowntree* und *Geraghty* angegebene Phenolsulfonphateïnprobe zur Prüfung der Nierenfunktion bei Lebensversicherungskandidaten mit heranzuziehen, muß erst von dem Ergebnis weiterer klinischer Untersuchungen abhängig gemacht werden.

So scheitert also die Möglichkeit einer beiden Teilen gerecht werdenden Entscheidung bei den Albuminurikern oft an praktischen Schwierigkeiten.

Hier in jedem einzelnen Fall den richtigen Mittelweg zu finden zwischen dem theoretisch Erstrebenswerten und dem praktisch Durchführbaren ist nicht immer leicht. Mögen mit fortschreitender Erkenntnis die Fälle sich mehren, wo er gefunden wird, zum Nutzen der Gesellschaften und zum Segen der Versicherungsuchenden!

Die neuen Hagelversicherungs-Bedingungen.*)

Von Kammergerichtsrat Otto Hagen (Berlin).

Es läßt sich nicht verkennen, daß die Hagelversicherung sich etwas abseits von der sonstigen Versicherung entwickelt hat.[1]) Dies gilt in gleichem Maße von der Ausbildung der eigentlich technischen Grundsätze der Prämienberechnung, der Abschätzung und der Entschädigungsberechnung, wie von der Gestaltung des Vertragsformulars, der Versicherungsbedingungen. In allen diesen Beziehungen zeigt die Hagelversicherung eine scharf ausgeprägte Eigenart. Diese Eigenart hängt zum Teil mit der Besonderheit des Versicherungsfalls zusammen, der sich einerseits jeder Vorausberechnung, anderseits auch jeder menschlichen Einwirkung entzieht, zum Teil aber auch damit, daß in der Hagelversicherung von vornherein der Einfluß der Versicherungsnehmer, der Landwirtschaft mit ihren

*) Vgl. Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft 1910, S. 202 ff., 461 ff., 685 ff.

[1]) Über die Entwicklung und die Organisation der Hagelversicherung vgl. vor allem die eingehenden und wertvollen Arbeiten von *Rohrbeck*, Die Organisation der Hagelversicherung, vornehmlich in Deutschland, Berlin 1909; Die geschichtliche Entwicklung der Prämienbestimmung und Entschädigungsberechnung in der deutschen Hagelversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft 7, 657 ff.; Der Hagelversicherungsvertrag, Leipzig 1909. Daneben die Aufsätze über Hagelschädenversicherung im Handwörterbuch der Staatswissenschaften (*Emminghaus*) V, 228 ff. und in *Manes* Versicherungslexikon I (1909), 521 ff. (*Ehrlich*) und Ergänzungsband II (1913), 341 ff. (*Rohrbeck*), sowie *Manes*, Versicherungswesen, Abschnitt XIII, §§ 45 ff.

Organisationen und Standesvertretungen,[2]) zum Teil sogar der Staatsgewalt selbst in weit höherem Maße sich hat durchsetzen können als bei anderen Versicherungszweigen.

Das Versicherungsvertragsgesetz hat in seinen spärlichen Vorschriften der §§ 108 bis 115 dieser abgeschlossenen Stellung und Eigenart der Hagelversicherung wenig Rechnung getragen; es beschränkt sich auf die Regelung von Einzelheiten. Um so notwendiger und zugleich wertvoller ist eine Vergleichung der Hagelversicherungsbedingungen mit dem sonstigen Versicherungsvertragsrecht. Sie dient nicht allein dazu, den Sinn der besonderen Hagelversicherungsbedingungen aufzuhellen, sondern zeigt auch den inneren Zusammenhang des ganzen Versicherungswesens, bisweilen von einer ganz neuen Seite. Es ergibt sich bei näherer Betrachtung, daß vieles, was auf den ersten Blick als eine ganz besondere Eigentümlichkeit der Hagelversicherung anmutet, sich mit Erscheinungen verknüpfen läßt, die aus anderen Versicherungszweigen durchaus geläufig sind. Aus dieser Verknüpfung wiederum läßt sich mancher Anhalt zur Lösung solcher Zweifel gewinnen, die dem besonderen Gebiete des Hagelversicherungsrechts angehören; noch weit überraschender ist aber die neue Beleuchtung, die sich daraus für gewisse Gestaltungen in anderen Versicherungszweigen, ja für ganz allgemeine Begriffe und Grundsätze vielfach ergibt. Es wird hierauf an mehreren Stellen eingegangen werden müssen. Gerade der Hagelversicherung hat schon früher der allgemeinste Begriff des gesamten Versicherungsvertragsrechts, das Interesse, ein nach den verschiedensten Richtungen außerordentlich wichtiges und lehrreiches Präjudiz zu danken gehabt: RG. I, 11. 12. 89, Entsch. 26, 217; vgl. *Gerhard, Hagen* u. a. VVG. Zusatz zu § 51 Nr. 7 Abs. 1 und 2, Nr. 8 Abs. 4, S. 240, 241, 242.

Wie früher dargestellt ist, vgl. Zeitschrift 10, 204, sind den Hagelversicherungs-Aktiengesellschaften gleichlautende Bedingungen genehmigt worden. Die Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine weichen von diesen und auch untereinander mannigfach ab, vgl. die Sammlung von Versicherungsbedingungen deutscher Versicherungsanstalten, herausgegeben von dem Deutschen Verein für Versicherungswissenschaft, 5. Teil 2. Hälfte, Berlin 1913, Nr. 6 S. 33 ff. Die Grundzüge sind aber hinsichtlich des privatrechtlichen Gehalts des Hagelversicherungsvertrages durchweg die gleichen. Bisweilen treten Eigentümlichkeiten der Hagelversicherung in der einen Bedingung schärfer hervor als in der anderen. Im Nachfolgenden sind überall die Bedingungen der Aktiengesellschaften zugrunde gelegt und die der Gegenseitigkeitsvereine nur erwähnt, wo dies aus besonderen Gründen erforderlich schien.

1. Versicherungsfall.

Auszugehen ist auch hier von dem Wichtigsten, der vertragsmäßigen Abgrenzung des Risikos. Die begriffliche Bestimmung des schädigenden Ereignisses selbst bietet keine Schwierigkeiten. „Ein-

[2]) Vgl. namentlich *Rohrbeck,* Organisation S. 764 ff.



wirkung des Hagelschlages", vgl. § 108 VVG., § 1 Abs. 1 der Bedingungen, bedarf keiner weiteren gesetzlichen oder vertragsmäßigen Erläuterung, keiner Definition. Die Schwierigkeiten liegen auf dem Gebiete der tatsächlichen Feststellung.

Die Hagelgefahr beschränkt sich abweichend von den übrigen Schadenversicherungen auf den verhältnismäßig kurz bemessenen Teil des Versicherungsjahres, während dessen die Feldfrüchte der Beschädigung durch Hagelschlag ausgesetzt sind; die Ersatzpflicht des Versicherers wird deshalb zeitlich begrenzt, § 4. Sie endet mit der Ernte, deren Merkmale für die einzelnen Fruchtarten und in den einzelnen Bedingungen verschieden bestimmt werden. Ein Hagelschlag, der sich außerhalb der hiernach zu bemessenden Zeitgrenzen der Ersatzpflicht ereignet, geht den Versicherer nichts an; hierdurch hervorgerufene Schäden sind nicht ersatzpflichtig.

Nicht ersatzfähig ist der Bagatellschade, der bei den Aktiengesellschaften auf 8 % einer jeden Position oder eines Teiles einer Position festgesetzt wird. Bei den Gegenseitigkeitsvereinen wird unterschieden zwischen Vollversicherung und beschränkter Versicherung. Bei jener werden Schäden unter 6 %, bei dieser Schäden unter 16 % nicht vergütet. Diese Behandlung ist lehrreich auch für andere Versicherungszweige, namentlich für die Feuerversicherung.[3]) Wenn man irgendwo den elementaren Charakter des Schadenereignisses als Voraussetzung der Entschädigungspflicht rein begriffsmäßig aufstellen könnte, so würde dies am ehesten bei der Hagelversicherung einleuchtend erscheinen. Hier hat man aber von jeher eingesehen, daß mit rein begriffsmäßigen Konstruktionen nicht auszukommen, vielmehr ohne ausdrückliche Vertragsvorschrift über die Mindestgrenze der Ersatzfähigkeit ein Ausschluß geringfügiger Schäden, wenn ein solcher überhaupt erstrebenswert erscheint, nicht zu erreichen ist.

2. Versicherte Gegenstände.

§ 108 VVG. kennt den Versicherungsschutz nur für Bodenerzeugnisse. Die Begründung bemerkt dazu: „Soweit sich die Versicherung auf andere Sachen, insbesondere auf Fenster, Glasplatten, Schiefer- und Spiegeldächer bezieht, treffen die Erwägungen, die bei der gesetzlichen Regelung der Versicherung von Bodenerzeugnissen in Betracht kommen, nicht oder doch nur teilweise zu. Anderseits liegt kein praktisches Bedürfnis vor, besondere gesetzliche Bestimmungen

---

[3]) Vgl. über die Bagatellschäden in der Feuerversicherung die Ausführungen Zeitschrift 10, 227 und DJZ. 10, 581 ff., denen, soweit bekannt geworden ist, die überwiegende Rechtsprechung gefolgt ist, vgl. Amtsgericht Berlin-Mitte und Landgericht I zu Berlin vom 7. 6. 10 und 29. 6. 10, Blätter für Rechtspflege im Bezirke des Kammergerichts 1911, 38 ff. und in der *Fuld*schen Kartothekausgabe der neuesten Entscheidungen Band 17 zu § 82 VVG. Nr. 1, das Landgerichtsurteil auch APV. X, 72; Landgericht Breslau, 14. 6. 10, APV. IX, 115; Landgericht Hamburg. 3. 2. 11, APV. X, 73 und 29. 10. 12 in der *Fuld*schen Kartothekausgabe Band 17 zu § 82 VVG. Nr. 3. Dagegen namentlich das Aufsichtsamt, APV. 9. 13 und ausführlicher 272 ff. Vgl. auch *Manes* im Versicherungslexikon II, 79 ff. und *Gierke,* Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht 71, S. 327 ff.

für derartige Versicherungen zu geben. Es kann vielmehr bei den für die Schadenversicherung im allgemeinen geltenden Vorschriften bewenden." Damit wäre die Versicherung von Fensterscheiben und Glasdächern aus dem Kreis der Hagelversicherung hinausgewiesen. Dem kann aber nicht ohne weiteres beigetreten werden. Es greifen hier dieselben Gesichtspunkte Platz, die das Reichsgericht für die grundsätzliche, begriffsmäßige Abgrenzung der Versicherungszweige überhaupt aufgestellt hat, vgl. RG. V, 21. 10. 08, Entsch. 69, 316; APV. VIII, 41. Nicht die von logischen und juristischen Erwägungen beherrschte Auslegung eines vorgefaßten Begriffs ist maßgebend, sondern die tatsächliche Ordnung des Rechtsverhältnisses, die geschichtlich gewordene, durch Einzelgesetze und Verkehrssitte geordnete Gestaltung des Versicherungswesens, in die das Gesetz „nicht mehr als nötig störend eingreift, sondern sie tunlichst schonen und berücksichtigen" will. Es kommt darauf an, was den Anforderungen des täglichen Lebens und der Volkswirtschaft entspricht. In dieser Beziehung kann nun nicht unbeachtet bleiben, daß zum Teil die Hagelschäden an Fensterscheiben und dergleichen in die Hagelversicherung einbezogen werden, vgl. die Bedingungen der Deutschen Hagelversicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit für Gärtnereien usw. zu Berlin („durch Hagelschlag verursachter Schade an Fensterscheiben in Mistbeeten, Gewächshäusern, in Wohn- und anderen Gebäuden sowie auch an Dächern"), vgl. Sammlung S. 64 ff. Diese Einbeziehung geht bis in die vierziger Jahre des vorigen Jahrhunderts zurück,[4]) darf also schon deshalb geschichtliche Berechtigung für sich in Anspruch nehmen. *Rohrbeck*[5]) meint, das Gesetz trenne den wirtschaftlichen von dem rechtlichen Hagelversicherungsvertrage. Richtiger ist es aber, auch bei dem letzteren die Beschränkung auf Bodenerzeugnisse überhaupt fallen zu lassen, da eine Scheidung des rechtlichen Begriffs von dem tatsächlichen, wirtschaftlichen Zustande notwendig jenen, nicht aber diesen als verbesserungsbedürftig erweist. Die Fassung des § 108 VVG. steht nicht entgegen. Diese Vorschrift hebt nur den Hauptgegenstand der Hagelversicherung hervor; was sonst in Wirklichkeit unter diesen Begriff zu rechnen ist, ergibt sich dann im einzelnen aus den Bedingungen.

Die Frage ist nicht nur grundsätzlich wichtig, sondern auch praktisch von Erheblichkeit. Zwar sind die zwingenden Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes über die Hagelversicherung, § 110 und § 114, in die Bedingungen der Gärtnereiversicherung übergegangen. Insoweit ist also ein Streit gegenstandslos geworden. Anders aber § 109 VVG. Hier wird die in § 5 zwingend vorgeschriebene Monatfrist zum Widerspruch gegen einen unrichtigen Versicherungsschein für die Hagelversicherung auf eine Woche herabgesetzt und es fragt sich, ob diese Einschränkung der Befugnisse des Versicherungsnehmers nur der Hagelversicherung von Bodenerzeugnissen oder aber jeder Hagelversicherung in weiterem Sinne zukommt. § 2 der Bedingungen der Gärtnereiversicherung führt hier

[4]) Vgl. *Rohrbeck*, Zeitschrift 7, 675.
[5]) Hagelversicherungsvertrag, 34.

eine doppelte Frist an: eine Woche, soweit Pflanzen und Früchte in Betracht kommen, einen Monat, soweit es sich um Glas- und Dachschädenversicherung handelt. Das Ergebnis ist offenbar unvernünftig, sobald es sich um einen Versicherungsschein handelt, der Bodenerzeugnisse und Fensterscheiben umfaßt, und der Widerspruch einen für beide Gegenstände gemeinsamen Punkt betrifft. Hier ist es unmöglich, durch eine doppelte Frist unter Umständen die einheitliche Versicherung auseinanderzureißen.

Eine angemessene Lösung ergibt sich nur durch die Anwendung der gesetzlichen Vorschriften des dritten Titels auf die gesamte Hagelversicherung, gleichviel, ob sie sich auf Bodenerzeugnisse oder sonstige Gegenstände bezieht. Gegen diese Anwendung scheinen weder rechtliche Gründe, noch praktische Unzuträglichkeiten zu sprechen.[6])

Selbstverständlich bezieht sich alles dies nur auf solche Versicherungen von Fenstern und von Dächern, die organisch mit der eigentlichen Hagelversicherung verbunden sind. Die Glasversicherung als solche ist ihre eigenen Wege gegangen; sie gehört weder wirtschaftlich noch rechtlich zur Hagelversicherung, wenn sie auch nach den Ursachen der Beschädigung im allgemeinen nicht fragt und demnach unter Umständen auch gegen Hagelschlag Versicherungsschutz bietet.

Alte Gewohnheit des Hagelversicherungsrechts ist die Vorschrift, daß der Versicherungsnehmer von den Bodenerzeugnissen einer und derselben Fruchtgattung seine gesamte Bestellung zur Versicherung bei der Gesellschaft anmelden muß, ebenso etwaige Nachbestellungen, § 7 Abs. 2, und daß jede Doppelversicherung ohne Einwilligung der Gesellschaft ausgeschlossen ist.[7]) In beiden Fällen ist für Zuwiderhandlungen Leistungsfreiheit bezüglich des ganzen Vertrages festgesetzt. § 24 der Bedingungen ergibt die Anwendbarkeit des Entschuldigungsgrundsatzes des § 6 VVG. auf diesen Fall. Es handelt sich also um Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, nicht um eine vertragsmäßige Abgrenzung des Risikos (= Versicherung nur der ganzen, nicht anderweitig versicherten Fruchtgattung), an die man an sich auch denken könnte.

Bereits verhagelte Bodenerzeugnisse, d. h. solche, die vor Einreichung des ursprünglichen Antrages und auch solche, die zwischen der Einreichung des Antrages und dem Beginn der Entschädigungspflicht von einem Hagelschaden betroffen werden, sind durch besondere Vorschrift, § 2 Abs. 3 und 4, von der Versicherung ausgeschlossen. Das gleiche gilt für solche Bodenerzeugnisse, die in den Nachjahren zwischen dem 1. Juni und der späteren Einreichung des Jahresantrages von einem Hagelschaden betroffen werden. Aus-

---

[6]) Vgl. auch *Lewis*, Lehrbuch des Versicherungsrechts, 1889, § 19 S. 252; *Emminghaus* im Handwörterbuch der Staatswissenschaften 5, 229; *Ehrlich* im Versicherungslexikon I, 526, welcher die Versicherung anderer Gegenstände als der Bodenerzeugnisse zutreffend Spezialfälle der Hagelversicherung nennt.

[7]) Vgl. APV. IX, 90. Auch bei der Hagelversicherung kommen Versicherungen bei mehreren Gesellschaften vor, vgl. *Rohrbeck*, Hagelversicherungsvertrag S. 64.

fertigung des Versicherungsscheins trotz Kenntnis von dem eingetretenen Hagelschlag kann hier als Verzicht des Versicherers auf den Ausschluß gedeutet werden, OLG. Posen, 28. 2. 10, APV. X, 112.

3. Versicherungswert.

Auch für die Hagelversicherung gilt der allgemeine Grundsatz des Versicherungsrechts, daß dem Versicherungsnehmer nur der Betrag des wirklichen Schadens ersetzt werden soll, der durch den Versicherungsfall an der versicherten Sache entsteht. Soweit Bodenerzeugnisse versichert sind, gebietet die Eigenart dieser Versicherung eine von der sonstigen Regel weit abweichende Berechnung des Schadens. Im allgemeinen wird der Schadenberechnung der Wert zugrunde gelegt, den die versicherte Sache zur Zeit des Versicherungsfalls in unbeschädigtem Zustande gehabt hat. Dieser Wert braucht mit dem Wert der versicherten Sache zur Zeit des Abschlusses des Versicherungsvertrages nicht übereinzustimmen; er kann sich durch Abnutzung, Verbrauch oder Zeitablauf verringert oder durch Zuwachs, Preissteigerung u. dgl. erhöht haben. Daß bei der Berechnung des Schadenersatzes auch das Letztere, die Werterhöhung, berücksichtigt wird, hält sich durchaus im Rahmen der die Schadenversicherung beherrschenden Regel. Spätere, nach dem Versicherungsfall eintretende Wertsteigerungen bleiben dagegen grundsätzlich unberücksichtigt, mögen sie auch noch so sehr im Bereiche des normalen und vorhersehbaren Verlaufs liegen oder sogar, etwa an den übriggebliebenen Resten der versicherten Sache, unmittelbar nachweisbar sein. Anders bei der Hagelversicherung von Bodenerzeugnissen. Diese will ihrem Zweck und Begriffe nach nicht für die der Zeit des Versicherungsfalls entsprechende Wertminderung, sondern für die Verringerung des Ertrages Ersatz leisten. Der Wert, den der Aufwuchs gerade zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls hatte, die Minderung dieses Wertes durch den Versicherungsfall ist gleichgültig, vgl. Begründung zu § 108 VVG., *Gerhard, Hagen* u. a. S. 448. Mit anderen Worten, es werden die Wirkungen des Versicherungsfalls projiziert auf eine künftige Zeit; die Schadenberechnung richtet sich nicht nach den unmittelbaren Einwirkungen des Hagelschlages, sondern nach dessen Wirkung auf einen künftigen Zustand, gleichviel, ob dieser künftige Zustand durch minderwertige Ausreifung der beschädigten Erzeugnisse wirklich eintritt oder ob die Feststellung auf bloße Schätzung oder Mutmaßung angewiesen ist.

Es liegt nahe, diese Eigentümlichkeit der Hagelversicherung einer Versicherung des entgangenen Gewinns an die Seite zu stellen, wie sie § 53 vorsieht, vgl. *Gerhard, Hagen* u. a. VVG. Anm. 3 zu § 108 S. 449; Anm. 1 zu § 53 S. 244. Diese Auffassung hält aber genauerer Prüfung nicht stand.[8]) Der entgangene Gewinn im Sinne des § 53 VVG. ist ein Teil des Schadens im weiteren Sinne, ein Teil des gesamten Wertes des Interesses, selbständig neben dem eigentlichen

[8]) Die von *Rohrbeck,* Hagelversicherungsvertrag Anm. 381 S. 85 gegen unseren Kommentar erhobene Beanstandung ist also als richtig anzuerkennen.



Schaden im engeren Sinne (damnum emergens), den Rettungskosten usw. Es handelt sich dabei um die Möglichkeit, mit dem versicherten Gegenstande einen selbständigen Gewinn zu erzielen, der neben dem Versicherungswerte des Gegenstandes steht, also entweder einer steigenden Konjunktur zufolge der Verschiedenheit des Orts oder der Zeit oder einer besonders vorteilhaften Möglichkeit der Verwertung des Gegenstandes seine Entstehung verdankt. *Ehrenberg*, Versicherungswert und Schadensersatz, Zeitschrift 6, 369 ff., 372, hat schon mit vollem Rechte darauf hingewiesen, wie fließend die Grenze zwischen entgangenem Gewinn in diesem Sinne und dem wirklichen gegenwärtigen Werte einer Sache unter Berücksichtigung ihrer künftigen gewerblichen Verwertbarkeit ist. Bei marktgängigen Waren oder zur Veräußerung bestimmten industriellen Erzeugnissen geht beides in der Tat ineinander über. Grundsätzlich ist aber die Scheidung aufrechtzuerhalten und gerade die Hagelversicherung bietet dafür ein Beispiel, welches eine Verwechselung ausschließt. Versichert wird nicht der Gewinn, der durch eine Verwertung, durch eine Spekulation mit den Bodenerzeugnissen möglicherweise hätte erzielt werden können, wenn sie nicht verhagelt wären, sondern der Wert der Bodenerzeugnisse, den sie ihrer Natur nach in demjenigen Zeitpunkt gehabt haben würden, der für die Schadenberechnung als maßgebend zugrunde gelegt wird.

Es ist dies einer derjenigen Punkte, in welchem die Hagelversicherung dazu dient, auf allgemeine Grundsätze des Versicherungswesens ein neues Licht zu werfen. Einmal wird dadurch der Unterschied zwischen der Versicherung des entgangenen Gewinns und der gewöhnlichen Wertversicherung deutlicher ausgeprägt als anderwärts möglich ist, anderseits, und das ist noch wichtiger, ergibt es sich, daß der für die Schadenberechnung maßgebende Wert keineswegs immer mit dem Wert der Sache zur Zeit des Eintretens des Versicherungsfalls zusammenzufallen braucht. Es ist dies nur die regelmäßige Gestaltung, die in § 55 VVG. Ausdruck gefunden hat. Die Bestimmung des Zeitpunktes, der für die Wertberechnung maßgebend sein soll, unterliegt vielmehr freier Vereinbarung, soweit dadurch nicht ein unzulässiger Gewinn für den Versicherungsnehmer herbeigeführt wird. Es ist also keineswegs ausgeschlossen, auch nach dem Versicherungsfall erst zu erwartende Wertsteigerungen mit in Rechnung zu ziehen, soweit solche im Rahmen des natürlichen Ablaufs der Entwicklung liegen. Dies ist bei der Hagelversicherung der Fall.

Festgelegt ist der Grundsatz in § 3 der Bedingungen: „Die Versicherung soll zu keiner ungerechtfertigten Bereicherung führen. Es kann demnach der Entschädigungsberechnung für die Bodenerzeugnisse einer jeden einzelnen beschädigten Position oder eines Teiles einer Position kein größerer Ertrag zugrunde gelegt werden, als erzielt worden wäre, falls ein Hagelschlag nicht stattgefunden hätte.“ Die technische Schwierigkeit der Schadenfeststellung wird einigermaßen gemindert durch vertragliche Bestimmungen, § 1 Absatz 3 bis 9. Insbesondere sind danach die sämtlichen wirtschaftlich nutz-

baren Teile der Bodenerzeugnisse, also nicht allein die Früchte, sondern auch das Stroh in die Versicherung einbegriffen, Abs. 3; es wird ein bestimmtes prozentuales Verhältnis zwischen den einzelnen nutzbaren Teilen festgesetzt, Abs. 5, 6, und dergl. Die Einzelheiten interessieren hier nicht.

Wird die Schadenberechnung auf den Ertrag abgestellt, also auf die Zeit der Reife, so kann es leicht vorkommen, daß dieselben Erzeugnisse wiederholt vom Hagelschlage betroffen werden, und es kann nach mehrfacher Richtung einen empfindlichen Unterschied machen, ob die Folgen jedes einzelnen Hagelschlages oder die Gesamtfolgen der Berechnung der Entschädigung zugrunde gelegt werden sollen. Die Grundregel ist klar: es findet tunlichst eine Feststellung des Gesamtschadens statt, § 19 der Bedingungen. Dieser ist namentlich, wie in den Bedingungen der Schwedter, § 23, hervorgehoben wird, bezüglich der Ersatzfähigkeit maßgebend, selbst wenn einer der mehreren Schäden die untere Grenze der Ersatzfähigkeit nicht erreicht haben sollte, vgl. zu 1. Die sonstigen Einzelheiten der Regelung sind gleichfalls ohne allgemeineres Interesse.

4. Versicherungssumme.

Nicht minder eigentümlich als die Festsetzung des Versicherungswerts ist die Regelung der Versicherungssumme, die freilich in den Bedingungen versteckt genug angedeutet ist. Zum besseren Verständnis vergegenwärtigen wir uns das gesetzliche, normale Verhältnis zwischen Versicherungssumme, Versicherungswert und Schadenersatzsumme. Bei der Feuerversicherung und der Transportversicherung, deren Gestaltung das Gesetz bei seinen Bestimmungen im Auge hat, begrenzt sich die Entschädigung auf den wirklichen Schaden, der an der Sache entstanden ist, § 55 VVG.; dieser Schaden muß im Wege des Feststellungsverfahrens besonders ermittelt werden. Ebenso natürlich bei allen Versicherungszweigen, die sich an die Gestaltung der Feuerversicherung anschließen, z. B. bei der Einbruchdiebstahl-Versicherung. Die Versicherungssumme ist nur dazu bestimmt, die Höchstgrenze der äußerstenfalls zu gewährenden Entschädigung festzustellen, § 50. Sie kann höher oder niedriger sein als der Versicherungswert und unterliegt der willkürlichen Abmessung des Versicherungsnehmers, vorausgesetzt natürlich, daß der Versicherer sich auf eine Versicherung in der gewünschten Höhe einlassen will. Nur mittelbar, durch die Gefahr der Prämienvergeudung einerseits und die im Falle der Unterversicherung drohende Herabsetzung der Entschädigungssumme, § 56 VVG., anderseits, wird, abgesehen von der Vorschrift des § 51, auf eine Übereinstimmung zwischen Versicherungssumme und Versicherungswert hingewirkt. Begriffsnotwendig ist diese Gestaltung nicht. Eine bemerkenswerte Abweichung ergibt z. B. bereits für die Feuerversicherung das preußische Feuersozietätsgesetz vom 25. Juli 1910. Hier wird den öffentlichen Feuerversicherungsanstalten die Versicherung unbeweglicher Sachen nur auf Grund einer Schätzung gestattet und die Übernahme einer Versicherung über den festgesetzten



Schätzungswert hinaus verboten, § 12. Die Versicherungssumme soll sich also dem besonders ermittelten Schätzungswert anschließen.

Von ähnlichen Grundsätzen wird die Hagelversicherung beherrscht. Auch hier wird auf möglichste Übereinstimmung zwischen Versicherungssumme und Versicherungswert hingestrebt. Eine Überversicherung ist überhaupt nicht zulässig, eine Unterversicherung nur dann, wenn sie, z. B. zur Herbeiführung teilweiser Selbstversicherung, beabsichtigt ist. Solche kommt auch bei der Hagelversicherung vor, vgl. *Rohrbeck,* Hagelversicherungsvertrag S. 89; es gilt dann § 56 VVG. Über einen Fall, wo durch einen bloßen Rechenfehler nur scheinbar eine Unterversicherung herausgekommen war, vgl. Bayr. Oberstes Landesgericht, 21. 10. 1881, Seuff. Arch. 37, 287.

Bei der Hagelversicherung ist eine zuverlässige Schätzung des Versicherungswerts insofern besonders schwierig, als es sich nicht um eine vorhandene Sache, sondern um den zukünftigen Schaden handelt, dessen Höhe von einem künftigen Sachwert abhängt und daher sich einer zuverlässigen Berechnung zur Zeit des Versicherungsabschlusses entzieht. Hier ergibt sich also ein Mittelding zwischen objektiver Abschätzung und willkürlicher Festsetzung der Versicherungssumme, d. h. es wird wie bei der normalen Feuerversicherung und der Transportversicherung die Angabe der Versicherungssumme in die Hand des Versicherungsnehmers gelegt, aber eine Schätzung gefordert, nicht die freie vertragsmäßige Bestimmung einer beliebigen Versicherungssumme.

In den Bedingungen der Aktiengesellschaften kommt dies weniger deutlich zum Vorschein. Hier ist nur in § 6 für die besonderen Deklarationen des zweiten und der folgenden Jahre hervorgehoben, daß die wirklich zu erwartenden Erträge und die jeweiligen Marktpreise zugrunde zu legen sind. Die Schätzung fällt aber unter § 8 der Bedingungen, wonach die Angaben dem wahren Sachverhalt gemäß gewissenhaft und vollständig zu machen sind. Deutlicher sind in dieser Beziehung die Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine, S. 40 ff. der Sammlung, vgl. § 9 der Norddeutschen: „Jeder Antragsteller kann seine Bodenerzeugnisse unter Berücksichtigung der Kultur-, Acker- und klimatischen Verhältnisse seiner Wirtschaft nach eigener Schätzung versichern ....;" § 7 der Schwedter: „Den Versicherungswert für den Hektar wählt der Versicherungsnehmer nach pflichtmäßigem Ermessen, unter tunlichster Vermeidung sowohl einer Über- wie einer Unterversicherung."

Strebt solchergestalt der Hagelversicherungsvertrag grundsätzlich nach möglichster Übereinstimmung zwischen Versicherungssumme und Versicherungswert, so ist auch für den Fall Vorsorge zu treffen, daß diese Übereinstimmung zufolge einer Änderung der tatsächlichen Wirtschaftsführung verloren geht. Diesem Zwecke dienen die Vorschriften über die Verpflichtung der Nachversicherung, § 7, sowie die von jeder sonstigen Gepflogenheit abweichenden Vorschriften des § 10, wonach auch innerhalb des Versicherungsjahres eine Herabsetzung der Versicherungssumme beantragt und damit ein wenigstens teilweiser Fortfall der entsprechenden Prämie erzielt wer-

den kann. Diese Regelung steht zwar im Zusammenhang mit dem dem § 68 VVG. zugrunde liegenden Gedanken, folgt aber nicht aus dieser Vorschrift an sich. Das Interesse des Versicherungsnehmers bleibt das gleiche wie vorher, nur der Versicherungswert ändert sich und damit entsprechend den von der Hagelversicherung angenommenen Grundsätzen auch die Versicherungssumme. Auch § 51 VVG. kann hier zum Vergleiche herangezogen werden. In § 51 handelt es sich aber lediglich um eine zugunsten des Versicherungsnehmers zugelassene Ausnahmevorschrift, die mit der vertraglichen Bindung an die einmal für die ganze Dauer des Versicherungsvertrags festgesetzte Versicherungssumme eigentlich in Widerspruch steht. Bei der Hagelversicherung dagegen ergibt sich die Wandelbarkeit der Versicherungssumme ohne weiteres aus dem einer Verschiedenheit zwischen Versicherungssumme und Versicherungswert widerstrebenden Grundgedanken des ganzen Verhältnisses.

5. Jahresanträge.

Noch einschneidender kommt der gleiche Gesichtspunkt bei mehrjährigen Versicherungen oder bei der Fortsetzung einer einjährigen Versicherung zur Geltung.

Zunächst ergibt sich aus der Natur der versicherten Sachen von selbst, daß sie sich Jahr für Jahr erneuern. Die Regel des § 95 VVG., d. h. die Verringerung der Versicherungssumme um den Betrag einer gezahlten Entschädigung, kann deshalb an sich auch auf die Hagelversicherung übertragen werden, gilt hier aber nur für das laufende Versicherungsjahr. In den Folgejahren schnellt die Versicherungssumme immer wieder auf diejenige Höhe hinauf, die ihr ohne Rücksicht auf die in den Vorjahren gezahlten Entschädigungen vertragsmäßig zukommt. Dies ist in § 112 VVG. vorgesehen. Übrigens bietet auch die Regelung mehrerer Versicherungsfälle in demselben Versicherungsjahr hier besondere Schwierigkeiten, vgl. zu 3 a. E.

Noch wichtiger ist aber eine andere Seite des Verhältnisses. Die Bestellung der versicherten Felder und damit der Ertrag wechselt von Jahr zu Jahr. Es bedarf deshalb alljährlich einer neuen Festsetzung der Versicherungssumme, die sich in derselben Weise vollzieht wie die ursprüngliche Festsetzung. Die Bedingungen der Aktiengesellschaften, § 6, nennen die Erklärung des Versicherungsnehmers „einen besonderen Versicherungsantrag für das laufende Jahr"; die Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine sprechen von „Deklaration" oder „Jahresantrag" oder „Erneuerungsantrag". Diese Jahresanträge müssen bis zum 1. Juni eingereicht werden und dürfen nicht über einen bestimmten Satz hinaus, meist 25 %, hinter der Versicherungssumme des Vorjahres zurückbleiben. Größere Abweichungen müssen unverzüglich und besonders gerechtfertigt werden; andernfalls bleibt die vorjährige Versicherungssumme für die Prämienbemessung maßgebend.

Es liegt nahe, diese Gestaltung der Hagelversicherung mit der laufenden Versicherung zu vergleichen, bei welcher ein einziger Generalversicherungsvertrag den Rahmen für eine größere Anzahl

von Spezialversicherungsverhältnissen mit verschiedenem Inhalt abgibt, die von vornherein nach allgemeinen Merkmalen und gewissen Höchst- oder Mindestsätzen vereinbart sind, vgl. *Gerhard, Hagen* u. a. Versicherungsvertragsgesetz, Zusatz II zu § 44 S. 249 und Anm. 6, Nr. 3 zu § 129 S. 513. Gleichwohl ist diese Analogie abzulehnen. Die einfachste und schon deshalb die richtigste Erklärung für das Sachverhältnis ist die, daß es sich um nichts weiter handelt als um die Regelung der Versicherungssumme, die hier im Gegensatze zu der regelmäßigen Gestaltung nicht für die ganze Dauer des Vertragsverhältnisses einheitlich und unabänderlich festgesetzt, sondern entsprechend den im Lauf der Jahre wechselnden Verhältnissen der Erhöhung oder Minderung unterworfen ist. Schon das Oberhandelsgericht hatte diesen Zusammenhang klar erkannt, vgl. das wertvolle und noch heute lehrreiche Urteil 14. 1. 1873, Entsch. 8, 364, sowie unten zu Nr. 15.

Diese Regelung ergibt keinen Widerspruch zu dem Begriffe der Versicherungssumme. Die Wandelbarkeit der Versicherungssumme kommt auch sonst vor, vgl. *Ehrenberg,* Versicherungsrecht 1893, § 31 S. 369; *Gerhard, Hagen* u. a. Versicherungsvertragsgesetz Anm. 1 Abs. 3 zu § 50 S. 225. Die Hagelversicherung bietet hier also einen neuen, praktisch vielleicht den wichtigsten Beleg einer auch anderweit zu beobachtenden Erscheinung.

Schwieriger ist bei diesen Jahresanträgen die Frage der Vorausdeckung, d. h. die Regelung der Ersatzpflicht für die Hagelschäden, die in den späteren Jahren einer mehrjährigen Versicherung vor der Einreichung des besonderen Jahresantrages sich ereignen.[9]) Auf der einen Seite liegt ein festes fortlaufendes Versicherungsverhältnis vor, aus welchem der Versicherungsnehmer eine unanfechtbare Deckung auch für diese Frühschäden zu erwarten berechtigt ist; auf der anderen Seite ist der Jahresantrag ein unentbehrliches Glied in der vertraglichen Willenseinigung, eine wesentliche Grundlage für die Berechnung der in dem laufenden Jahre erwachsenden Entschädigungsansprüche. Die Bedingungen der Aktiengesellschaften regeln die Frage dahin, daß die Vorausdeckung für die bis zum 1. Juni eintretenden Hagelschäden übernommen wird, der Jahresantrag aber dann gleichzeitig mit der Schadenanzeige einzureichen ist. Mit dem 1. Juni, dem Zeitpunkt, in welchem der Jahresantrag eingereicht werden muß, endet auch die Vorausdeckung, und es gelten für die später eingehenden Jahresanträge dann die gleichen Bestimmungen wie für den ursprünglichen Versicherungsantrag, § 12. In den Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine wird die Vorausdeckung teilweise bis zum 20. Juni erstreckt, dann aber die Möglichkeit eines Abzuges von 10 % von der Entschädigungssumme zugelassen.

Auch diese Vorausdeckung ist nichts anderes als eine Zurückbeziehung der Versicherung auf die Zeit vor der Erfüllung aller Voraussetzungen, die für den wirklichen Vertragschluß sonst erforderlich sind, eine Übertragung des in § 2 VVG. ausgedrückten, an

[9]) Vgl. über die Verhandlungen von 1884 mit dem Deutschen Landwirtschaftsrat *Rohrbeck,* Zeitschrift 7, 692.



sich nur für den ursprünglichen Vertragschluß gegebenen Grundsatzes auf den im späteren Verlaufe des Verhältnisses nachzuholenden, dem Vertragschluß wesensgleichen Rechtsakt. Eine Abweichung von § 2 VVG. ergibt sich dabei insofern, als die Kenntnis des Versicherungsnehmers von dem bereits geschehenen Eintritt des Versicherungsfalles der Einbeziehung nicht entgegensteht, wie aus dem Zwecke der ganzen Regelung, dem Versicherungsnehmer einen ununterbrochenen Schutz zu gewähren, von selber folgt. Auch die Anwendung der Vorschriften über die Anzeigepflicht hängt davon ab, ob man berechtigt ist, die Jahresanträge unter die gleichen Regeln zu stellen wie den ursprünglichen Vertragschluß, vgl. zu 8.

Die bedingungsmäßige Regelung der Nichteinreichung des Jahresantrags ist unklar. Nach § 12 Abs. 4 der Bedingungen der Aktiengesellschaften „endet die Vorausdeckung". Nach § 14 Abs. 6 ist sogar „der Versicherungsvertrag für den Rest der Vertragsdauer erloschen". Auf der anderen Seite rechnen die Vorschriften des § 14 Abs. 7 und des § 12 Abs. 4 Satz 3 wiederum mit einer nachträglichen Einreichung des Jahresantrags. Die gleiche Unklarheit herrscht in den Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine. Nur die Bedingungen der Schwedter beschränken die Leistungsfreiheit des Versicherers ausdrücklich auf die Zeit „bis zur Nachholung" des Jahresantrages. Diese letztgedachte Regelung ist diejenige, die allein dem Wesen des Verhältnisses gerecht wird. Die Versicherungsgesellschaft ist dadurch gedeckt, daß ihr für die laufende Versicherungsperiode auf jeden Fall der volle Betrag der letztjährigen Prämie zukommt. Es ist nicht einzusehen, weshalb dem Versicherungsnehmer verwehrt sein sollte, durch eine nachträgliche Einreichung des Jahresantrags für die Folgezeit die Deckung wieder zu erlangen, die ihm für die Zwischenzeit bis zur Einreichung ohnehin verloren gegangen ist. Bei der Zweideutigkeit der bedingungsmäßigen Vorschrift wird man zum mindesten für das laufende Jahr ein Recht der Gesellschaft, die nachträgliche Einreichung des Jahresantrages zurückzuweisen, verneinen müssen. Für die folgenden Jahre ergibt sich allerdings aus der scharfen Vorschrift des Erlöschens des Versicherungsvertrages die beiderseits unerwünschte Folge, daß weder der Versicherungsnehmer noch die Versicherungsgesellschaft wider den Willen des anderen Teils die Fortsetzung des Vertrages erzwingen, daß also mit anderen Worten der Versicherungsnehmer sich durch Aufopferung einer Jahresprämie selbst von einem mehrjährigen Vertrage losmachen kann. Ein charakteristisches Beispiel für die Zweifelhaftigkeit der ganzen Regelung bietet KG., 28. 3. 1911, APV. X, 113, dessen Ergebnis übrigens kaum haltbar erscheint, und RG. I, 9. 3. 1895, Entsch. 35, 176 ff. für das frühere Recht.

6. Taxe.

Das Verhältnis zwischen Versicherungssumme und Ersatzwert, d. h. die Bemessung der Prämie nach der Versicherungssumme und die Bemessung der Entschädigung nach dem wirklichen Schaden, ist zwar ein notwendiges Erfordernis der heutigen Technik des Ver-

sicherungswesens, wird aber dem Versicherungsnehmer immer und unter allen Umständen als unbillige Benachteiligung erscheinen. Die Vereinbarung einer Taxe im Sinne des § 57 VVG. bietet hier eine Abhilfe. Diese Taxe hat bei der Hagelversicherung immer eine große Rolle gespielt. In der ältesten uns bekannten Satzung, der der Hagelschadenassekuranzgesellschaft in den Mecklenburgischen Landen vom Jahre 1800,[10]) findet sie sich in vollster Schärfe. Geschäftlich hat sich die Beibehaltung dieses Grundsatzes als unmöglich erwiesen.

Immerhin war der mehrfach berührte Einfluß der Versicherungsnehmer auf die Gestaltung des Versicherungsverhältnisses stark genug, eine fortdauernde Verwendung der Taxe wenigstens in dem beschränkteren Sinne durchzusetzen, wie sie § 57 VVG. kennt. Das Versicherungsvertragsgesetz hat sich eines Eingreifens in diese Verhältnisse enthalten. Der ursprüngliche Entwurf von 1903 hatte in § 104 die Vorschrift: „Die Versicherungssumme gilt als Taxe." Infolge der dagegen erhobenen Bedenken[11]) hat man die Vorschrift fallen lassen. Die Begründung bemerkt zu § 108, *Gerhard, Hagen* u. a. S. 448 ff.: „Bei dem Abschlusse des Vertrages vollzieht sich die Festsetzung der Versicherungssumme in der Weise, daß sowohl die Mengen der zu erwartenden Erzeugnisse als auch die voraussichtlichen Preise nach bestimmten Sätzen angeschlagen werden. In den Versicherungsbedingungen ist nun meist vorgesehen, daß dieser Anschlag, was die Preise anlangt, zugleich für die Ersatzleistung des Versicherers unbedingt entscheidend, also einer Herabsetzung nicht unterworfen ist. In ähnlicher Weise legen einzelne Versicherungsgesellschaften auch den bei der Festsetzung der Versicherungssumme zugrunde gelegten Ertragssätzen eine mehr oder weniger maßgebende Bedeutung bei. Ein Bedürfnis, das Verfahren bei der Schadenermittlung nach der einen oder anderen Richtung hin gesetzlich zu ordnen, liegt indessen nicht vor; vielmehr kann die Regelung der Frage wie bisher den Versicherungsbedingungen überlassen bleiben."

§ 57 VVG. legt der Taxe die Bedeutung einer Vermutung bei. Dem Versicherer ist der Gegenbeweis gestattet, daß sie den wirklichen Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls erheblich übersteigt. Das Ergebnis, zu dem die Bedingungen der Hagelversicherung gelangen, scheint auf den ersten Blick hiermit übereinzustimmen. § 3 fügt seiner Grundvorschrift über die Ermittlung des wirklichen Ertrages hinzu: „Beträgt jedoch der Unterschied zwischen diesem ermittelten Betrage und dem versicherten Ertrage weniger als 20 %, so bleibt der versicherte Ertrag maßgebend," § 3 Abs. 1 Satz 3. Gleichwohl ist diese Vorschrift von § 57 VVG. wesentlich verschieden. Der Unterschied liegt darin, daß nicht der Versicherer den Gegenbeweis gegen die Taxe zu führen hat — dieser Gegenbeweis wäre ihm bei der Eigentümlichkeit der Hagelversicherung, dem nur einer Schätzung, nicht aber einer wirklichen Fest-

[10]) Vgl. ***Rohrbeck,*** Zeitschrift 7, 659.

[11]) ***Krahe*** in den Verhandlungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft vom Dezember 1903, Veröffentlichungen II, 390; vgl. auch *Ehrlich* im Versicherungslexikon I, 531.



stellung zugänglichen Versicherungswert, so gut wie unmöglich; vielmehr entschädigt der Versicherer nur nach dem wirklich ermittelten Ertrage, und der Versicherungsnehmer kann nur dann, wenn der ermittelte Ertrag sich in dem vertragsmäßigen Spielraum der Taxe bewegt, die Sätze der letzteren in Anspruch nehmen. Mit anderen Worten, es ist nicht der Versicherer für die erhebliche Übersetzung der Taxe, sondern der Versicherungsnehmer für die Unerheblichkeit der Abweichung beweispflichtig. Kommt es zu einer Ermäßigung, so wird ein Teil der Prämie zurückvergütet, vgl. zu 9.

Im einzelnen ergeben sich mannigfache Abweichungen. Bei den Bedingungen der Aktiengesellschaften sind die im Versicherungsschein angenommenen Einheitspreise für die Berechnung des Wertes des Ertrages maßgebend. In den Bedingungen der Ceres, § 5, und der Schwedter, § 7, wird die alljährliche Festsetzung von Höchstversicherungspreisen nach den durchschnittlichen Marktwerten erwähnt. Die Bedingungen der Norddeutschen, § 9, stellen äußerste, nicht reduzierbare Versicherungssätze auf, die kraft besonderer Vereinbarung als Taxe in Anspruch genommen werden können. Eine Herabsetzung kommt dann nur insoweit in Betracht, als höhere als diese Sätze deklariert werden.

Ob man diese Gestaltungen noch als eine Taxe im Sinne des § 57 VVG. bezeichnen kann, ist zum mindesten zweifelhaft. Richtiger ist es zu verneinen; § 7 Abs. 2 der Bedingungen der Schwedter hat versucht, § 57 VVG. unmittelbar auf die Hagelversicherung zu übertragen. Hier wäre also der Versicherer für die erhebliche Übersetzung beweispflichtig. Bemerkenswert ist hierbei, daß in dieser Vorschrift der „Zeitpunkt des Eintritts des Schadenfalls“ nicht den Zeitpunkt des Hagelschlags, sondern nur den der Reife der Bodenerzeugnisse bedeuten kann.

7. Antragstellung.

Hinsichtlich der Antragstellung selbst treten wesentliche Besonderheiten kaum hervor. Nur bedarf es keiner ausdrücklichen Annahme des Versicherers; vielmehr gilt der Antrag als angenommen, wenn er nicht binnen zehn Tagen nach Eingang abgelehnt ist, § 5 Abs. 3 Satz 2. Die Ablehnung ist empfangsbedürftige Willenserklärung im Sinne des § 130 BGB.; sie muß also innerhalb der zehntägigen Frist dem Antragsteller zugegangen sein.

Daß Versicherungsanträge ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden können, § 5 Abs. 3 Satz 1, ist selbstverständlich.

Maßgebend ist überall der Eingang des Antrags bei der zuständigen Generalagentur; die bloßen Vermittlungsagenten sind, entgegen § 43 Nr. 1 VVG., von der Entgegennahme der Anträge ausgeschlossen, vgl. darüber zu Nr. 16.

Die in § 9 VVG. zugelassene Verkürzung der Widerspruchsfrist des § 5 auf eine Woche ist in § 9 der Bedingungen aufgenommen, vgl. dazu oben zu 2.

§ 2 VVG. gestattet den Abschluß eines Versicherungsvertrags in der Weise, daß die Versicherung in einem vor der Schließung des

Vertrages liegenden Zeitpunkte beginnt. Die Zurückbeziehung wird bei der Hagelversicherung allgemein angewendet, und zwar auf den Zeitpunkt der Antragstellung, genauer auf den Mittag des dem Eingang des vollständigen und richtigen Versicherungsantrages bei der zuständigen Generalagentur folgenden Tages, § 11.

8. Anzeigepflicht.

Die Vorschriften über die Anzeigepflicht bei Abschluß des Versicherungsvertrages, §§ 16 ff. VVG., gelten für die Hagelversicherung genau so wie für jeden andern Versicherungszweig, nur daß natürlich die Erheblichkeit der zu beantwortenden Fragen nach der Eigenart des vorliegenden Risikos beurteilt werden muß. Die Ansicht von *Lewis*, Versicherungsrecht S. 81, daß bei der Hagelversicherung eine Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers überhaupt nicht vorkomme, verkennt, daß die Anzeigepflicht sich keineswegs allein auf das schädigende Ereignis, sondern auch auf die Eigenschaften der versicherten Sache bezieht, soweit diese den Einwirkungen des schädigenden Ereignisses eben mehr oder weniger leicht zugänglich ist oder soweit durch diese Eigenschaften die Gefahr eines mehr oder weniger hohen Schadens gegeben wird. Die Schwierigkeit liegt hier wie in so zahlreichen anderen Fällen in der einstweilen noch völlig mangelnden Unterscheidung zwischen vertragsmäßiger Abgrenzung des Risikos und Regelung der Anzeigepflicht, vgl. darüber grundsätzlich *Gerhard, Hagen* u. a. VVG. Anm. 2 zu § 49; Zusatz I zu § 54; Anm. 4 zu § 55; Anm. 1 zu § 61 usw., sowie die in den früheren Betrachtungen enthaltenen Einzelhinweisungen. Auch für die Hagelversicherung wird man sich damit bescheiden müssen, daß eine scharfe Scheidung der beiden grundverschiedenen Verhältnisse und eine zutreffende Festsetzung der aus dem einen oder aus dem andern abzuleitenden Rechtsfolgen eine wichtige Aufgabe zukünftiger Rechtsentwicklung bedeutet. Die gegenwärtigen Bedingungen lassen hier noch völlig im Stich.

Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Anwendung der Vorschriften über die Anzeigepflicht auf die oben zu 5 behandelten Jahresanträge. Faßt man diese als die von vornherein alljährlicher Nachprüfung vorbehaltene Regelung der Versicherungssumme auf, so wird sich auch die Anwendung der Vorschriften über die Anzeigepflicht nicht ablehnen lassen. An sich beziehen sich diese Vorschriften nur auf die Schließung des Vertrages, § 16 VVG. Wird aber ein Element des Vertrages, und zwar eines der wichtigsten Elemente, aus der ursprünglichen und ein für allemal gültigen Willenseinigung ausgenommen und alljährlicher Neubestimmung vorbehalten, so erscheint es für eine verständige Rechtsauslegung von selbst geboten, auch auf diese nachträglichen Erledigungen des Vorbehalts der Willenseinigung alle diejenigen Vorschriften anzuwenden, die für den ursprünglichen Vertragschluß gelten. Die Frage ist erheblich genug. Die gesetzlichen Vorschriften sind zwingenden Rechts, § 31 VVG. Insbesondere die Vorschrift des § 21 ist geeignet, einen empfindlichen Einschnitt in alle bisherige Praxis sämtlicher Ver-

sicherungszweige herbeizuführen. Die Bedingungen der Norddeutschen übernehmen in § 19 Abs. 2 die gesetzlichen Vorschriften über die Anzeigepflicht in allen wesentlichen Teilen, namentlich auch den § 21. Die Bedingungen der Aktiengesellschaften sprechen in § 8 von einem Rücktrittsrecht der Gesellschaft „nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen". Auch hiermit kann nur die gesetzliche Regelung der Verletzung der Anzeigepflicht gemeint sein. Obliegenheiten zum Zwecke der Verhinderung der Gefahr oder zum Zwecke der Verhütung einer Gefahrerhöhung, § 32 VVG., stehen nicht in Frage. Die ganze Frage soll übrigens hier nur angeregt, nicht aber endgültig beantwortet werden. (Schluß folgt.)

Der Beharrungszustand und die Beziehungen zwischen Umlage und Kapitaldeckung bei der sozialen Unfallversicherung.

Von Geheimem Regierungsrat Dr. Georg Pietsch (Berlin-Lichterfelde).

I. Einleitung.

Erfreulicherweise beschäftigt man sich in den Kreisen der Versicherungswissenschaft in immer zunehmendem Maße mit der sozialen Versicherung. Auf dem Wiener Internationalen Kongreß für Versicherungswissenschaft (1909) wurde über die Methoden der Bemessung der Prämien und Prämienreserven in der öffentlichen (sozialen) Versicherung verhandelt. Zu diesem Punkte der Tagesordnung hatte Professor *Dr. v. Bortkiewicz* eine Abhandlung über *die Deckungsmethoden der sozialen Versicherung*[1]) vorgelegt. In ihr hat er zuerst eine systematische Darstellung der verschiedenen Deckungsarten gegeben. Sodann hat er sich mit den Beziehungen zwischen den Beiträgen nach den verschiedenen Deckungsarten im Beharrungszustande beschäftigt. Allerdings hat er diese Betrachtungen nur unter ganz bestimmten einschränkenden Voraussetzungen angestellt. Er ist dabei zu einem interessanten Zusammenhang jener Beziehungen mit dem Verhältnis zwischen Zinsfaktor und Bevölkerungsvermehrungsfaktor gekommen. Auf diesen Zusammenhang stießen auch wiederholt Professor Reg. Rat *Dr. Ernst Blaschke* und Min. Rat *Dr. Julius Kaan* in ihren Untersuchungen über *die Prämien und Prämienreserven der Invalidenversicherung der Arbeiter* und *die Finanzsysteme in der öffentlichen und in der privaten Versicherung.*[2]) Auf die Fragen, wie

[1]) Gutachten, Denkschriften usw. des sechsten internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft in Wien. Wien 1909, Band I, Seite 473. Zu vgl. auch Alfred Loewy, Artikel „Deckungsmittel der sozialen Versicherung" im Versicherungslexikon von Alfred Manes, Ergänzungsband Reihe 180.

[2]) Mitteilungen des österreichisch-ungarischen Verbandes der Privatversicherungsanstalten. Neue Folge, 5. Band. Wien 1910. Seite 1 und Seite 63.

sich die Beziehungen ändern, wenn sich im Laufe der Zeit der Vermehrungsfaktor für die Zahl der Versicherten ändert, und wenn die Entschädigungen in Abhängigkeit vom Lohn gewährt werden, ist *Dr. v. Bortkiewicz* nicht eingegangen. Diese beiden für die soziale Versicherung wesentlichen Fragen habe ich neuerdings in eingehender Weise wissenschaftlich bearbeitet. Ich bin dabei zu wichtigen Ergebnissen gelangt, die bis jetzt in der Literatur noch nicht behandelt worden sind. Ich will deshalb im Nachstehenden über sie berichten.

Ich habe nur Versicherungen im Auge, bei denen die Entschädigungen in der Form von Renten gewährt werden, die vom Lebensalter und der Versicherungsdauer unabhängig, aber nach dem Lohn abgestuft sind, also Versicherungen, die in den Grundzügen der sozialen Unfallversicherung Deutschlands entsprechen. Bei dieser Voraussetzung gelten meine Darlegungen, wenn ich auch bei den erläuternden Beispielen die Zahlen der deutschen Unfallversicherung verwende, für das Ausland in gleicher Weise wie für Deutschland, für andere Versicherungsarten, z. B. für die Invalidenversicherung in gleicher Weise wie für die Unfallversicherung.

Zu den Fragen, ob bei der Sozialversicherung das Umlageverfahren oder das Kapitaldeckungsverfahren vorzuziehen sei, worin die Vorzüge des einen und des andern Verfahrens bestehen, will ich mich in der vorliegenden Abhandlung nicht äußern. Hier spielt das subjektive Ermessen eine große Rolle. Ich will nur Dinge behandeln, die rein mathematischer Natur sind, Dinge, über die man sich klar sein muß, ehe man an die Beantwortung der Frage herantritt, in welcher Weise die erforderlichen Mittel aufzubringen seien. Mit dieser Frage beschäftigen sich, wie es in der Natur der Sache liegt, nicht nur Mathematiker, sondern auch viele, die nicht eine besondere mathematische Vorbildung besitzen. Deshalb will ich eine gemeinverständliche Darstellungsweise wählen und die ausgeführten Rechnungen so genau schildern, daß auch jeder Nichtmathematiker ihnen folgen kann.

II. Versichertenzahl und Lohnhöhe bleiben beständig ungeändert.

Bei meinen Betrachtungen setze ich, soweit nicht etwas anderes gesagt ist, voraus, daß die Altersverteilung der Versicherten, die Unfallhäufigkeit, die Schwere der Unfälle, die Bezugsdauer der Entschädigungen usw. — kurz die Unfallgefahr — dauernd ungeändert bleibt und infolgedessen eine Steigerung der Versichertenzahl sowie eine Steigerung der Lohnhöhe[1]) auch stets eine entsprechende Steigerung der entstehenden Unfallasten zur Folge hat.

Weiter soll in diesem Abschnitt vorausgesetzt werden, daß auch die Versichertenzahl sowie die Lohnhöhe dauernd ungeändert bleiben. Alsdann werden jedes Jahr gleich viele Unfälle sich ereignen, gleich viele Entschädigungen festzusetzen sein usw., und es werden auch

[1]) Unter „Lohnsumme" ist immer die Jahreslohnsumme sämtlicher Versicherten und unter „Lohnhöhe" der danach im Durchschnitt auf 1 Versicherten entfallende Teil der Lohnsumme zu verstehen. Es ist also die „Lohnsumme" gleich dem Produkt aus der „Versichertenzahl" und der „Lohnhöhe".



die Weiterzahlungen aus diesen Entschädigungen stets in derselben Weise abnehmen.

Nach der *finanziellen Begründung zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung* (Reichstagsdrucksache, 12. Legislaturperiode, II. Session 1909/10, zu Nr. 340 Seite 619) betrug in Deutschland bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1907 die Zahl der gegen Unfall versicherten Personen 9 018 367 mit einer Lohnsumme von 8 412 757 000 M. Aus den im Jahre 1907 neu festgesetzten Unfallentschädigungen waren in diesem Jahre 16 155 500 M. zu zahlen. Streng genommen wäre mit der Versichertenzahl und der Lohnsumme des Jahres 1907 die Last zu vergleichen, die aus den Unfällen erwächst, die im Jahre 1907 eingetreten sind, für die also 1907 als *Ereignisjahr* zu betrachten ist. Bisher hat eine statistische Bearbeitung der Unfälle nach Ereignisjahren nicht stattgefunden. Es werden vielmehr als zu 1907 gehörig die Unfälle zusammengefaßt, für die im Jahre 1907 eine Entschädigung zum ersten Male gewährt worden ist. Für viele Unfälle des Jahres 1907 ist die erste Entschädigung erst im Jahre 1908 oder noch später festgesetzt worden. Diesen Fällen stehen solche gegenüber, in denen im Jahre 1907 Entschädigungen für solche Unfälle erstmalig festgesetzt worden sind, die sich im Jahre 1906 und vereinzelt auch noch früher ereignet haben. Im großen und ganzen werden sich mit Ausnahme des ersten Jahres des Bestehens der Versicherung die Fälle der einen und der anderen Art ausgleichen. Es wird die unter Berücksichtigung der Weiterzahlungen der festgesetzten Renten sich ergebende Unfallast für die im Laufe eines Jahres *eingetretenen* Unfälle annähernd ebenso groß wie die Unfallast für die Unfälle sein, die im Laufe jenes Jahres *erstmalig entschädigt* worden sind. Anschließend an die von einer anderen Seite gewählte Bezeichnungsweise will ich für die Unfälle, die zum ersten Male im Jahre 1907 entschädigt worden sind, 1907 das *Ursprungsjahr* nennen.

Unter Benutzung der Erfahrungen aus der Zeit vom 1. Oktober 1885 bis 31. Dezember 1907 (also aus rund 22 Jahren) und den hiernach geschätzten Zahlen für die spätere Zeit ist in der *finanziellen Begründung zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung* ermittelt worden, welche Ausgaben für die zum Ursprungsjahr 1907 gehörenden Unfälle im Jahre 1907 und in jedem folgenden Jahr erwachsen werden. Nach der in Tabelle I Spalte 3 wiedergegebenen *Abnahmeordnung* werden für diese Unfälle

im Jahre 1907 . . . . . 16 155 500 M.
„ „ 1908 . . . . . 15 763 000 „
„ „ 1909 . . . . . 11 807 400 „

usw. als Unfallentschädigungen auszuzahlen sein. Bei Ableitung dieser Abnahmeordnung ist der Durchschnitt der *sämtlichen* bisherigen Erfahrungen verwertet, also angenommen worden, daß die Rentenabnahme im Laufe der Zeit sich nicht geändert hat. Ich schließe zwar aus dem vorliegenden Beobachtungsstoff, daß die Entschädigungszahlungen jetzt schneller als früher abnehmen. Indessen will ich doch

die amtlich ermittelten Zahlen ohne jede Änderung für meine Darstellung benutzen. Denn ich lege in der vorliegenden Abhandlung keinen Wert auf die *absolute* Höhe des Umlage- und des Kapitaldeckungsbeitrages, sondern nur auf die *Beziehungen* zwischen beiden. Diese aber werden durch die Wahl der Abnahmeordnung nicht grundsätzlich beeinflußt.

Tabelle I.

	Im Jahre	sind aus dem Ursprungsjahre 1907 zu zahlen	sind b. Gleichbleib. d. Lohnsumme aus sämtlichen Ursprungsjahren seit 1907 zu zahlen	Von den Entschädigungszahlungen nach Sp. 4 kommen auf 1000 M. Lohnsumme	einen Versicherten	Auf Mitte 1907 abgezinster Betrag der Zahlungen n. Spalte 3
1	2	3	4	5	6	7
		M.	M.	M.	M.	M.
1	1907	16 155 500	16 155 500	1,92	1,79	16 155 500
2	1908	15 763 000	31 918 500	3,79	3,54	15 230 000
3	1909	11 807 400	43 725 900	5,20	4,85	11 022 300
4	1910	10 480 000	54 205 900	6,44	6,01	9 452 400
5	1911	9 761 400	63 967 300	7,60	7,09	8 506 500
6	1912	9 277 900	73 245 200	8,71	8,12	7 811 700
7	1913	8 877 700	82 122 900	9,76	9,11	7 222 000
8	1914	8 524 200	90 647 100	10,77	10,05	6 699 900
9	1915	8 195 500	98 842 600	11,75	10,96	6 223 800
10	1916	7 843 700	106 686 300	12,68	11,83	5 755 200
11	1917	7 478 600	114 164 900	13,57	12,66	5 301 700
12	1918	7 126 000	121 290 900	14,42	13,45	4 880 900
13	1919	6 763 700	128 054 600	15,22	14,20	4 476 100
14	1920	6 385 400	134 440 000	15,98	14,91	4 082 900
15	1921	6 023 000	140 463 000	16,70	15,58	3 720 900
16	1922	5 647 400	146 110 400	17,37	16,20	3 370 900
17	1923	5 347 900	151 458 300	18,00	16,79	3 084 200
18	1924	5 150 400	156 608 700	18,62	17,37	2 869 800
19	1925	4 976 400	161 585 100	19,21	17,92	2 679 100
20	1926	4 861 600	166 446 700	19,79	18,46	2 528 800
21	1927	4 634 500	171 081 200	20,34	18,97	2 329 100
22	1928	4 344 000	175 425 200	20,85	19,45	2 109 300
23	1929	3 909 200	179 334 400	21,32	19,89	1 834 000
24	1930	3 688 500	183 022 900	21,76	20,29	1 671 900
25	1931	3 467 900	186 490 800	22,17	20,68	1 518 800
26	1932	3 262 900	189 753 700	22,56	21,04	1 380 700
27	1933	3 073 800	192 827 500	22,92	21,38	1 256 700
28	1934	2 900 400	195 727 900	23,27	21,70	1 145 700
29	1935	2 742 800	198 470 700	23,59	22,01	1 046 800
30	1936	2 585 100	201 055 800	23,90	22,29	953 300
31	1937	2 427 500	203 483 300	24,19	22,56	864 900
32	1938	2 269 900	205 753 200	24,46	22,81	781 400
33	1939	2 112 200	207 865 400	24,71	23,05	702 500
34	1940	1 970 400	209 835 800	24,94	23,27	633 200
35	1941	1 828 500	211 664 300	25,16	23,47	567 700
36	1942	1 686 600	213 350 900	25,36	23,66	505 900
37	1943	1 560 500	214 911 400	25,55	23,83	452 300
38	1944	1 434 400	216 345 800	25,72	23,99	401 700
39	1945	1 308 300	217 654 100	25,87	24,13	354 000
40	1946	1 198 000	218 852 100	26,01	24,27	313 200
Übertrag		218 852 100				151 897 700

Im Jahre		sind aus dem Ursprungsjahre 1907 zu zahlen	sind b. Gleichbleib. d. Lohnsumme aus sämtlichen Ursprungsjahren seit 1907 zu zahlen	Von den Entschädigungszahlungen nach Sp. 4 kommen auf 1000 M. Lohnsumme	einen Versicherten	Auf Mitte 1907 abgezinster Betrag der Zahlungen n. Spalte 3.
1	2	3	4	5	6	7
		M.	M.	M.	M.	M.
Übertrag		218 852 100				151 897 700
41	1947	1 087 600	219 939 700	26,14	24,39	274 700
42	1948	977 300	220 917 000	26,26	24,50	238 500
43	1949	882 700	221 799 700	26,36	24.59	208 100
44	1950	803 900	222 603 600	26,46	24,68	183 100
45	1951	725 100	223 328 700	26,55	24,76	159 600
46	1952	646 300	223 975 000	26,62	24,84	137 400
47	1953	567 500	224 542 500	26.69	24,90	116 600
48	1954	488 700	225 031 200	26,75	24,95	97 000
49	1955	441 400	225 472 600	26,80	25,00	84 700
50	1956	394 100	225 866 700	26,85	25,05	73 000
51	1957	346 800	226 213 500	26,89	25,08	62 100
52	1958	299 500	226 513 000	26,92	25,12	51 800
53	1959	252 200	226 765 200	26,95	25,14	42 200
54	1960	204 900	226 970 100	26,98	25,17	33 100
55	1961	157 600	227 127 700	27,00	25,19	24 600
56	1962	110 300	227 238 000	27,01	25.20	16 600
57	1963	63 100	227 301 100	27.02	25.20	9 200
58	1964	15 800	227 316 900	27,02	25,21	2 200
59	1965	—	227 316 900	27,02	25,21	—
zusammen		227 316 900				153 712 200

Die Abnahmeordnung bricht mit dem Jahre 1964 ab. Es wird also angenommen, daß nach mehr als 58 Jahren vom Ursprungsjahre ab nichts mehr auszuzahlen sein wird. Es werden zwar auch Verletzten- und Witwenrenten an noch nicht 20jährige Personen bewilligt werden. Deshalb werden möglicherweise vereinzelt auch noch 70 Jahre nach dem Ursprungsjahre oder noch später Entschädigungen zu zahlen sein. Doch werden die etwaigen Zahlungen nach dem 58. Bezugsjahr nicht ins Gewicht fallen.

Nun treten in jedem folgenden Jahre 1908, 1909 .... neue Entschädigungen hinzu, die für jedes dieser Jahre als Ursprungsjahr eine Ausgabe von 16 155 500 M., für das darauffolgende Jahr eine solche von je 15 763 000 M. usw. verursachen. Es betragen danach

die aus dem Ursprungsjahr	herrührenden Entschädigungszahlungen im Jahre						
	1907 M.	1908 M.	1909 M.	1910 M.	...	1964 M.	1965 M.
1907	16 155 500	15 763 000	11 807 400	10 480 000	...	15 800	—
1908		16 155 500	15 763 000	11 807 400	...	63 100	15 800
1909			16 155 500	15 763 000	...	110 300	63 100
1910				16 155 500	...	157 600	110 300
.						.	.
.						.	.
.						.	.
1962						11 807 400	10 480 000
1963						15 763 000	11 807 400
1964						16 155 500	15 763 000
1965							16 155 500
zus.	16 155 500	31 918 500	43 725 900	54 205 900	...	227 316 900	227 316 900

Die Zahlen jeder senkrechten Spalte sind dieselben wie die Zahlen der ersten Zeile bis zu dieser senkrechten Spalte hin. Es stimmen also die Entschädigungszahlungen, die aus den Unfällen *sämtlicher* Ursprungsjahre von 1907 ab in einem *bestimmten* Jahre (z. B. 1910) zu leisten sind, mit den Entschädigungszahlungen überein, die aus den Unfällen des *Ursprungsjahres 1907 im ganzen* bis zum Ende jenes bestimmten Jahres (1910) zu leisten sind. Es lassen sich daher die in Spalte 4 der Tabelle I enthaltenen Ausgaben, die in den einzelnen Jahren überhaupt entstehen, durch fortlaufende Addition der Zahlen der Spalte 3 bilden.

Im Jahre 1964 und in jedem der folgenden Jahre ist die Ausgabe gleich 227 316 900 M., nämlich gleich der Summe der Spalte 3. Mit dem Jahre 1964 tritt der *Beharrungszustand* ein, und zwar ein Beharrungszustand in jeder Beziehung. Es bleibt nicht nur der absolute Betrag der auszuzahlenden Entschädigungen dauernd auf 227 316 900 Mark stehen, sondern es bleibt auch der Umlagebeitrag (die Entschädigung) „auf 1000 M. Lohnsumme“ mit

$$227\,316\,900 : 8\,412\,757 = 27{,}02 \text{ M.}$$

und der Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten“ mit

$$227\,316\,900 : 9\,018\,367 = 25{,}21 \text{ M.}$$

dauernd ungeändert.

Es war die Lohnsumme gleichbleibend zu 8 412 757 000 M. und die Versichertenzahl gleichbleibend zu 9 018 367 vorausgesetzt worden. Dividiert man die Spalte 4 durch 8 412 757 oder durch 9 018 367, so findet man, wieviel von den in den einzelnen Jahren auszuzahlenden Entschädigungen auf 1000 M. Lohnsumme oder auf einen Versicherten durchschnittlich entfallen. Die Spalten 5 und 6 lassen erkennen, wie sich diese Beträge, die die *Umlagebeiträge „auf 1000 M. Lohnsumme“* und die *Umlagebeiträge „auf den Kopf der Versicherten“* darstellen, allmählich — zuerst schneller, dann immer langsamer — bis zum Jahre 1964, dem Eintritt des Beharrungszustandes, erhöhen.

Ich wende mich nunmehr zum *Kapitaldeckungsverfahren.* Hierbei soll in jedem Jahre das Deckungskapital aller in ihm als Ursprungsjahr beginnenden Entschädigungszahlungen aufgebracht werden. Im Jahre 1907 wäre sonach ein Kapital aufzubringen, dem nach und nach in den einzelnen Jahren (Sp. 2) die in Sp. 3 angegebenen Zahlungen von im ganzen 227 316 900 M. entnommen werden können. Da bei Einzahlung eines Kapitals auch die Zinsen des jeweiligen Kapitalrestes verfügbar sind, so ist das erforderliche Kapital kleiner als 227 316 900 M. Die Zahlungen des Jahres 1907 mit 16 155 500 M. wären voll aufzubringen. Statt der Zahlungen des Jahres 1908 mit 15 763 000 M. brauchten bei Voraussetzung einer Verzinsung zu 3½ % nur 15 763 000 : 1,035 = 15 230 000 M.[1]) im Jahre 1907 aufgebracht zu werden, weil dieser Betrag durch Zinsen in einem Jahre auf 15 763 000 Mark anwächst. Statt 11 807 400 M. im Jahre 1909 brauchten im

[1]) Hier und auch bei späteren Rechnungen ergeben sich Abrundungsunterschiede, je nachdem man mit den genauen Zahlen rechnet und die Ergebnisse abrundet oder mit den abgerundeten Zahlen rechnet. Die vorkommenden Abweichungen sind belanglos.



Jahre 1907 nur 11 807 400 : $1{,}035^2$ = 11 022 300 M. eingezahlt zu werden, weil dieser Betrag mit Zinsen und Zinseszinsen in zwei Jahren auf 11 807 400 M. anwächst usw. Die auf diese Weise abgezinsten Beträge sind in Spalte 7 enthalten. Ihre Summe von 153 712 200 M. stellt das Deckungskapital der zum Ursprungsjahr 1907 gehörigen Entschädigungszahlungen, also den Betrag dar, der bei Geltung des Kapitaldeckungsverfahrens im Jahre 1907 aufzubringen wäre. Danach ergibt sich als *Kapitaldeckungsbeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme"*

153 712 200 : 8 412 757 = 18,27 M.

und als *Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten"*

153 712 200 : 9 018 367 = 17,04 M.

Bei der gemachten Voraussetzung stellt sich sowohl die Lohnsumme als auch der Kapitalwert der aus dem Ursprungsjahr herrührenden Entschädigungszahlungen für alle Ursprungsjahre gleich hoch. Infolgedessen bleibt auch der Kapitaldeckungsbeitrag, und zwar sowohl auf 1000 M. Lohnsumme als auch auf den Kopf der Versicherten, dauernd ungeändert.

Vergleicht man den dauernd gleich bleibenden Kapitaldeckungsbeitrag (18,27 M. oder 17,04 M.) mit den in den Spalten 5 und 6 der Tabelle I verzeichneten, bis zum Beharrungszustand beständig steigenden Beiträgen nach dem Umlageverfahren, so findet man, daß der Umlagebeitrag zuerst kleiner, im Jahre 1923 (also nach dem 17. Jahre des Bestehens der Versicherung, wenn man 1907 als erstes Jahr betrachtet) annähernd ebenso groß und von da ab beständig größer als der Beitrag nach dem Kapitaldeckungsverfahren ist.

Im Beharrungszustand sind nach dem Kapitaldeckungsverfahren 18,27 M. oder 17,04 M. und nach dem Umlageverfahren 27,02 M. oder 25,21 M. erforderlich. Daraus folgt, daß der Umlagebeitrag im Beharrungszustande um 48 %, also annähernd um die Hälfte höher als der Kapitaldeckungsbeitrag ist.

Daß beim *Gleichbleiben* der Versichertenzahl, der Lohnhöhe und der Unfallgefahr im 17. Jahre des Bestehens der Versicherung der Beitrag nach dem Umlageverfahren nahezu mit dem dauernd gleich bleibenden Beitrag nach dem Kapitaldeckungsverfahren übereinstimmt, ist eine wiederholt festgestellte, längst bekannte Tatsache. Sie hat leider weite Kreise zu der Erwartung verleitet, daß jene Übereinstimmung auch in *Wirklichkeit,* also auch beim Steigen der Versichertenzahl und der Löhne, im 17. Jahre des Bestehens der sozialen Unfallversicherung eintreten wird. Man war jedesmal enttäuscht, wenn durch eine neue Untersuchung der Zeitpunkt für die Übereinstimmung der Beiträge beiderlei Art sowie auch der Zeitpunkt für den Eintritt des Beharrungszustandes immer wieder einige Jahre hinausgeschoben wurde. Ich komme hierauf später noch zurück. In diesem Abschnitt, der ein Gleichbleiben der Versichertenzahl und der Lohnhöhe voraussetzt, will ich nur noch darauf hinweisen, daß selbst bei dieser Voraussetzung die Übereinstimmung beider Beiträge nicht immer im 17. Jahre eintreten wird. Der Umlagebeitrag ist von der

Höhe der Verzinsung der Kapitalsanlagen unabhängig, weil beim reinen Umlageverfahren stets nur der jeweilige Ausgabebedarf aufgebracht und infolgedessen ein Kapital überhaupt nicht angesammelt wird. Dagegen ist beim Kapitaldeckungsverfahren ein um so höherer Beitrag erforderlich, je niedriger der Zinsfuß ist. Der Kapitaldeckungsbeitrag beträgt bei einem Zinsfuß von

	3 %	$3^1/_2$ %	4 %
auf 1000 M. Lohnsumme	19,16	18,27	17,48 M.
und auf 1 Versicherten	17,87	17,04	16,30 M.

Aus dem Vergleich dieser Zahlen mit den Spalten 5 und 6 der Tabelle I ergibt sich, daß der Umlagebeitrag im

19. 17. 16. Jahre

des Bestehens der Versicherung annähernd mit dem Kapitaldeckungsbeitrag übereinstimmt. Auch die Benutzung einer anderen als der in Spalte 3 der Tabelle I mitgeteilten Abnahmeordnung wird zu anderen Rechnungsergebnissen führen. Indessen darf angenommen werden, daß beim Gleichbleiben der Versichertenzahl und der Lohnhöhe der Umlagebeitrag doch immer um das 17. Jahr herum mit dem Kapitaldeckungsbeitrag annähernd übereinstimmen wird.

III. Gleichmäßige Steigerung der Lohnsumme.

Es soll nunmehr untersucht werden, wie die Steigerung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe auf die Beziehungen zwischen dem Umlage- und dem Kapitaldeckungsbeitrag einwirkt. Daß bei nicht nur vorübergehendem Rückgang der Versichertenzahl und der Lohnhöhe die Schattenseiten des Umlageverfahrens scharf hervortreten würden, ist unbestritten. Der Umlagebeitrag würde dann schneller steigen, als es in Abschnitt II angegeben worden ist; er würde schon früher als sonst dem Kapitaldeckungsbeitrag gleichkommen und ihn in der ferneren Zeit um so mehr überragen, je stärker die rückgängige Bewegung ist. Nicht so einfach lassen sich die Beziehungen zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsbeitrag bei Steigerung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe übersehen.

a) Kapitaldeckungsbeitrag.

Es soll zuerst vorausgesetzt werden, daß die Versichertenzahl steigt, die Lohnhöhe aber ungeändert bleibt. Ist die Zahl der Versicherten in einem Jahr beispielsweise doppelt so groß als im Jahre 1907, so werden in diesem Jahr doppelt so viele Unfälle eintreten als 1907, und es wird auch der Kapitalwert der zu gewährenden Entschädigungen doppelt so hoch als der Kapitalwert der Entschädigungen des Ursprungsjahres 1907 sein. Diesem doppelt so hohen Kapitalwert steht aber auch eine doppelt so hohe Lohnsumme und eine doppelt so hohe Versichertenzahl als 1907 gegenüber. Infolgedessen wird ebenso wie im Jahre 1907 der Kapitaldeckungsbeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme“ 18,27 M., und der Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten“ 17,04 M. betragen.



Es soll nunmehr vorausgesetzt werden, daß die Lohnhöhe steigt, die Versichertenzahl aber ungeändert bleibt. Ist in einem Jahre die Lohnhöhe doppelt so groß als 1907, so wird zwar die Zahl der Unfälle ebenso hoch wie 1907 sein, die Entschädigungen werden aber, weil sie sich nach dem Lohn richten, doppelt so stark belasten. Infolgedessen wird auch in diesem Fall der Kapitalwert der zu gewährenden Entschädigungen doppelt so hoch als der Kapitalwert der Entschädigungen des Ursprungsjahres 1907 sein. Diesem doppelt so hohen Kapitalwert steht auch eine doppelt so hohe Lohnsumme, aber nur eine ebenso hohe Versichertenzahl als 1907 gegenüber. Infolgedessen wird der Kapitaldeckungsbeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" ebenso wie 1907 18,27 M., der Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten" dagegen doppelt so viel als 1907, also 34,08 M. betragen.

Diese Beispiele dienen zur Erläuterung folgender Tatsachen, die sich bei Annahme einer dauernd gleich bleibenden Unfallgefahr streng mathematisch für jede beliebige Änderung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe nachweisen lassen: Der *Kapitaldeckungsbeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme"* ist unabhängig von der Änderung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe, er ist ein *dauernd gleich bleibender.* Der *Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten"* ist zwar von der Änderung der Versichertenzahl unabhängig, er *ändert sich* aber *bei Änderung der Lohnhöhe* in demselben Verhältnis wie diese. Danach gibt es bei der *sozialen Unfallversicherung,* sofern sie die Entschädigungen in Abhängigkeit vom Lohn gewährt, *keinen dauernd gleich bleibenden Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten".*

b) Umlagebeitrag.

α) *Einfluß der Steigerung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe überhaupt.*

Der Einfluß der Steigerung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe läßt sich durch ein Beispiel klarstellen. Es soll angenommen werden, daß in den Jahren 1908 und 1909 keinerlei Änderung gegenüber 1907 eintritt, und daß im Jahre 1910 eine Steigerung Platz greift. Um den Einfluß der Steigerung deutlich hervortreten zu lassen und die Rechnung übersichtlich zu gestalten, soll vorausgesetzt werden, daß entweder die Versichertenzahl oder die Lohnhöhe oder beide im Jahre 1910 doppelt so hoch als im Jahre 1907 sind. Zum Vergleich sollen die im Jahre 1910 auszuzahlenden Entschädigungsbeiträge und die dementsprechenden Umlagebeiträge des Jahres 1910 zusammengestellt werden, die sich ergeben, wenn im Jahre 1910:

	die Versichertenzahl	die Lohnhöhe
A.	ebenso groß	ebenso groß
B.	doppelt so groß	ebenso groß
C.	ebenso groß	doppelt so groß
D.	doppelt so groß	doppelt so groß

als im Jahre 1907 ist.

Die „Lohnsumme“ beträgt

im Falle A (zu vergl. Seite 98) . . . . . = 8 412 757 000 M.,
im Falle B und C 2 · 8 412 757 000 . . . = 16 825 514 000 „,
im Falle D 2 · 16 825 514 000 . . . . . . = 33 651 028 000 „.

Die im Jahre 1910 zu zahlenden, aus den Ursprungsjahren 1907, 1908 und 1909 herrührenden Entschädigungen (zu vergleichen S. 100) erfahren keine Änderung. Die aus dem Ursprungsjahr 1910 herrührenden Zahlungen betragen:

im Falle A . . . . = 16 155 500 M.,
im Falle B und C 2 · 16 155 500 = 32 311 000 „,
im Falle D 2 · 32 311 000 . . . = 64 622 000 „.

Demnach gestaltet sich die Rechnung wie folgt:

Aus dem Ursprungsjahr	herrührende, im Jahre 1910 zu zahlende Entschädigungen, wenn im Jahre 1910 die Versichertenanzahl A ebenso groß und die Lohnhöhe ebenso groß als 1907 ist	B doppelt so groß und die Lohnhöhe ebenso groß als 1907 ist	C ebenso groß und die Lohnhöhe doppelt so groß als 1907 ist	D doppelt so groß und die Lohnhöhe doppelt so groß als 1907 ist
	M.	M.	M.	M.
1907 . . .	10 480 000	10 480 000	10 480 000	10 480 000
1908 . . .	11 807 400	11 807 400	11 807 400	11 807 400
1909 . . .	15 763 000	15 763 000	15 763 000	15 763 000
1910 . . .	16 155 500	32 311 000	32 311 000	64 622 000
Zusammen	54 205 900	70 361 400	70 361 400	102 672 400

Berücksichtigt man, daß unter den gemachten Voraussetzungen für die Umlage im Jahre 1910 als Lohnsumme

8412757000 16825514000 16825514000 33651028000 M.

und als Zahl der Versicherten

9018367 18036734 9018367 18036734

in Betracht kommt, so beträgt der Umlagebeitrag 1910 *„auf 1000 M. Lohnsumme“*, soweit er herrührt

aus dem Ursprungsjahr	im Falle A	im Falle B	im Falle C	im Falle D
	M.	M.	M.	M.
1907	1,2457	0,6229	0,6229	0,3114
1908	1,4035	0,7018	0,7018	0,3509
1909	1,8737	0,9369	0,9369	0,4684
1910	1,9204	1,9204	1,9204	1.9204
Zusammen . . .	6,4433	4,1820	4,1820	3,0511

und der Umlagebeitrag 1910 *„auf den Kopf der Versicherten“*, soweit er herrührt

aus dem Ursprungsjahr	im Falle A	im Falle B	im Falle C	im Falle D
	M.	M.	M.	M.
1907	1,1621	0,5810	1,1621	0,5810
1908	1,3093	0,6546	1,3093	0,6546
1909	1,7479	0,8739	1,7479	0,8739
1910	1,7914	1,7914	3,5828	3,5828
Zusammen . . .	6,0107	3,9009	7,8021	5,6923

Betrachtet man in der vorstehenden Berechnung die einzelnen Bestandteile der Umlagebeiträge „auf 1000 M. Lohnsumme", so findet man, daß der aus dem Ursprungsjahr 1910 herrührende Teil (1,9204 Mark) in allen Fällen gleich groß ist, und daß die aus 1907, 1908 und 1909 herrührenden Teile in allen anderen Fällen kleiner als im Falle A sind, gleichviel wie hoch man die Steigerung annimmt. Im Falle D sind die Beitragsteile aus 1907, 1908 und 1909 noch kleiner als bei B und C, weil infolge der gleichzeitigen Steigerung der Versichertenzahl und der Lohnhöhe die als Divisor benutzte Lohnsumme bei D höher als bei B und C ist. Daher: *Bei Steigerung der Lohnsumme ist der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" stets kleiner als beim Gleichbleiben der Versichertenzahl und der Lohnhöhe.* Sowohl die Steigerung der Versichertenzahl als auch die Steigerung der Lohnhöhe wirken ermäßigend. Steigen beide, so wird die ermäßigende Wirkung verstärkt.

Bei dem Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" stimmt der aus 1910 herrührende Teil (1,7914 M.) im Falle B mit A überein, während die aus 1907, 1908 und 1909 herrührenden Teile bei B kleiner als bei A sind und stets sein müssen; der Gesamtbeitrag bei B wird demnach stets kleiner als bei A sein. Bei C sind die ersten drei Teile ebenso groß, der letzte aber größer als bei A; der Gesamtbeitrag bei C wird demnach stets größer als bei A sein. Bei D sind die aus 1907, 1908 und 1909 herrührenden Teile kleiner, der aus 1910 herrührende Teil aber größer als bei A; der Gesamtbeitrag bei D wird je nach der Wahl der Steigerungen größer oder kleiner als bei A sein. Daher: *Auf den Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" wirkt die Steigerung der Versichertenzahl ermäßigend und die Steigerung der Lohnhöhe erhöhend.* Bei Steigerung der „Lohnsumme" wird sich der Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" höher oder niedriger als beim Gleichbleiben von Versichertenzahl und Lohnhöhe stellen, je nachdem der Einfluß der Steigerung der Lohnhöhe oder der Steigerung der Versichertenzahl überwiegt.

β) Einfluß einer dauernd gleichmäßigen Steigerung der Lohnsumme.

Ist bei Berechnungen die Bevölkerungsvermehrung zu berücksichtigen, so pflegt man in der Regel anzunehmen, daß die Bevölkerung in einer geometrischen Reihe wächst, d. h. sich jährlich um den gleichen Prozentsatz erhöht. Dementsprechend soll unter *gleichmäßiger Steigerung* der Lohnsumme verstanden werden, daß sie jährlich um denselben Prozentsatz wächst. Ich will als Beispiel eine jährliche Steigerung um 2% wählen.

Vermehrt sich die Lohnsumme von Jahr zu Jahr um 2 %, so werden sich auch die neu hinzutretenden Entschädigungen von Jahr zu Jahr um 2 % erhöhen. Nach Tabelle I Spalte 3 betragen die Entschädigungen, die die Unfälle des Ursprungsjahres 1907 zur Folge haben, im Jahre

1907	1908	1909	1910
16 155 500	15 763 000	11 807 400	10 480 000 M.

Daher wird zu zahlen sein für die Unfälle des Ursprungsjahres 1908 wegen der um 2 % höheren Lohnsumme im Jahre

	1908	1909	1910	1911
	1,02 · 16 155 500	1,02 · 15 763 000	1,02 · 11 807 400	1,02 · 10 480 000 M.
also	16 478 600	16 078 200	12 043 600	10 689 600 „

und für die Unfälle des Ursprungsjahres 1909 mit der weiter um 2 % erhöhten Lohnsumme im Jahre

	1909	1910	1911	1912
	1,02 · 16 478 600	1,02 · 16 078 200	1,02 · 12 043 600	1,02 · 10 689 600 M.
also	16 808 200	16 399 800	12 284 500	10 903 400 „

Danach berechnen sich die in den einzelnen Kalenderjahren zu zahlenden Entschädigungen wie folgt:

Aus dem Ursprungsjahre	sind bei Steigerung der Lohnsumme um jährlich 2 % zu zahlen im Jahre			
	1907 M.	1908 M.	1909 M.	1910 M.
1907	16 155 500	15 763 000	11 807 400	10 480 000
1908		16 478 600	16 078 200	12 043 600
1909			16 808 200	16 399 800
1910				17 144 300
Zusammen . .	16 155 500	32 241 600	44 693 800	56 067 700

Um die Entschädigungszahlungen für die späteren Jahre festzustellen, braucht man die vorstehende Aufstellung nicht weiter fortzusetzen. Ein Blick auf sie lehrt, daß die Einzelposten der Zahlungen im Jahre 1909 um 2 % vermehrt je eine Zeile tiefer in der Spalte für das Jahr 1910 erscheinen (12 043 600 ist um 2 % größer als 11 807 400 usw.) und daß daher die Gesamtzahlung des Jahres 1910 aus der um 2 % erhöhten Gesamtzahlung des vorhergehenden Jahres 1909 und aus der in der ersten Zeile stehenden, im Jahre 1910 fälligen Weiterzahlung aus dem Ursprungsjahr 1907 besteht. Danach läßt sich die Zahlung des Jahres 1910 auch wie folgt berechnen:

Gesamtzahlung im Jahre 1909 . . .	44 693 800 M.
2 % davon gibt	893 900 „
zusammen . . .	45 587 700 M.
Weiterzahlung 1910 aus 1907 . . .	10 480 000 „
Daher Gesamtzahlung im Jahre 1910	56 067 700 M.

oder kürzer: Die Zahlung im Jahre 1910 ist gleich

$$1{,}02 \cdot 44\,693\,800 + 10\,480\,000 = 56\,067\,700 \text{ M.}$$

Die Weiterzahlungen aus dem Ursprungsjahr 1907 sind aus Spalte 3 der Tabelle I zu ersehen. Danach ergibt sich unter Verwertung der Gesamtzahlung des Jahres 1910 als Gesamtzahlung im Jahre 1911:

$$1{,}02 \,.\, 56\,067\,700 + 9\,761\,400 = 66\,950\,500 \text{ M.}$$

Leitet man auf diese Weise die Entschädigungszahlungen im Jahre 1965 aus denen im Jahre 1964 ab, so ist den um 2 % erhöhten Zahlungen des Jahres 1964 nichts hinzuzufügen, weil nach der Abnahmeordnung (Tabelle I, Spalte 3) Weiterzahlungen aus dem Ursprungsjahr 1907 dann nicht mehr zu leisten sind. Dasselbe gilt von den folgenden Jahren. Demnach erhöhen sich die Gesamtzahlungen vom Jahre 1964 ab von Jahr zu Jahr beständig um 2 %.

Tabelle II.

Im Jahre		betragen bei einer Steigerung der Lohnsumme um jährlich 2 %				
		die Entschädigungszahlungen	die Lohnsumme	der Umlagebeitrag auf 1000 M. Lohnsumme	bei Steigerung der Versichertenzahl um jährlich 1 %	
					die Versichertenzahl	der Umlagebeitrag auf 1 Versicherten
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
		M.	M.	M.		M.
1	1907	16 155 500	8 412 757 000	1,92	9 018 367	1,79
2	1908	32 241 600	8 581 012 000	3,76	9 108 551	3,54
3	1909	44 693 800	8 752 632 000	5,11	9 199 637	4,86
4	1910	56 067 700	8 927 685 000	6,28	9 291 633	6,03
5	1911	66 950 500	9 106 239 000	7,35	9 384 549	7,13
6	1912	77 567 400	9 288 364 000	8,35	9 478 394	8,18
11	1917	128 301 800	10 255 104 000	12,51	9 961 888	12,88
16	1922	174 980 900	11 322 463 000	15,45	10 470 044	16,71
21	1927	219 218 200	12 500 914 000	17,54	11 004 121	19,92
26	1932	261 522 800	13 802 019 000	18,95	11 565 442	22,61
31	1937	303 065 400	15 238 543 000	19,89	12 155 395	24,93
36	1942	344 908 700	16 824 583 000	20,50	12 775 442	27,00
41	1947	387 689 100	18 575 700 000	20,87	13 427 118	28,87
46	1952	432 257 000	20 509 074 000	21,08	14 112 036	30,63
51	1957	479 587 600	22 643 675 000	21,18	14 831 891	32,33
56	1962	530 579 600	25 000 448 000	21,22	15 588 466	34,04
57	1963	541 254 300	25 500 457 000	21,23	15 744 351	34,38
58	1964	552 095 200	26 010 466 000	21,23	15 901 795	34,72
59	1965	563 137 100	26 530 675 000	21,23	16 060 813	35,06
60	1966	574 399 800	27 061 289 000	21,23	16 221 421	35,41

Die so ermittelten Entschädigungszahlungen sind in Tabelle II Spalte 3 angegeben. Tabelle II Spalte 4 enthält die Lohnsummen, auf die die jeweiligen Entschädigungen sich verteilen. Es beträgt die Lohnsumme:

für das Jahr 1907 . . . . wie oben 8 412 757 000 M.
„ „ „ 1908 . 1,02 · 8 412 757 000 = 8 581 012 000 „
„ „ „ 1909 . 1,02 · 8 581 012 000 = 8 752 632 000 „
usw.

Aus den beiden Spalten 3 und 4 ergibt sich der *Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme"* (Spalte 5).

Die Entschädigungszahlungen (Spalte 3) steigen, wie schon oben begründet, vom Jahre 1964 beständig jährlich um 2 %. Die Lohnsumme (Spalte 4) steigt durchweg jährlich um 2 %. Infolgedessen bleibt von 1964 ab das Verhältnis zwischen beiden Spalten und damit der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" dauernd ungeändert.

Die ganze Entwicklung läßt erkennen, daß das für eine Steigerung der Lohnsumme um 2 % Gefundene auch für jeden anderen Steigerungssatz gilt. Daher:

Bei gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme (Steigerung in geometrischer Reihe) *bleibt der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" dauernd ungeändert, sobald die Weiterzahlungen aus dem ersten Versicherungsjahr aufhören.* Es tritt somit trotz des beständigen Steigens der Lohnsumme und der auszuzahlenden Entschädigungen — es kommen alljährlich mehr Entschädigungen hinzu als wegfallen — ein *relativer Beharrungszustand*, nämlich ein Beharrungszustand in bezug auf das *Verhältnis zwischen den Entschädigungszahlungen und der Lohnsumme* in demselben Zeitpunkt ein, in dem beim Gleichbleiben der Versichertenzahl und der Lohnhöhe ein völliger Beharrungszustand zu verzeichnen war.

Welchen Verlauf nimmt der *Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten"* bei einer Steigerung der Lohnsumme um jährlich 2 %? Diese Frage läßt sich nicht beantworten. Es kommt darauf an, wieviel von der Gesamtsteigerung auf die Steigerung der Versichertenzahl und auf die Steigerung der Lohnhöhe entfällt. Ich habe die Rechnung unter verschiedenen Annahmen über die Steigerung der Versichertenzahl ausgeführt und gefunden, daß der *Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten"* beträgt:

im Jahre	beim Gleichbleiben von Versichertenzahl und Lohnhöhe	bei Steigerung der Lohnsumme um jährlich 2 % und Steigerung der Versichertenzahl um jährlich				
		0 %	0,5 %	1,0 %	1,5 %	2,0 %
1	2	3	4	5	6	7
	M.	M.	M.	M.	M.	M.
1907	1.79	1,79	1,79	1,79	1,79	1,79
1917	12,66	14,23	13,53	12,88	12,26	11,67
1927	18,97	24,31	22,00	19,92	18,05	16,36
1937	22,56	33,61	28,94	24,93	21,50	18,55
1947	24,39	42,99	35,21	28,87	23,70	19.47
1957	25,08	53,18	41,44	32,33	25,26	19,76
1967	25,21	64,97	48.16	35,76	26,59	19,80
1977	25,21	79,19	55,86	39,46	27,93	19,80
1987	25,21	96,54	64,77	43,55	29,34	19,80

Bei gleicher Steigerung der Lohnsumme sind sonach die Umlagebeiträge „auf den Kopf der Versicherten" außerordentlich verschieden,

je nachdem die Steigerung mehr dem Ansteigen der Versichertenzahl oder der Lohnhöhe zuzuschreiben ist. Für die Spalte 7 deckt sich die Steigerung der Versichertenzahl mit der Steigerung der Lohnsumme, sie entspricht der Voraussetzung, daß bei dauernd gleicher Lohnhöhe nur die Versichertenzahl beständig zugenommen hat. Vom Jahre 1964 ab erhöht sich bei dieser Annahme sowohl die zu zahlende Entschädigungssumme als auch die Versichertenzahl um 2 %; infolgedessen bleibt von da ab der Umlagebeitrag ungeändert. Setzt sich dagegen die Steigerung der Lohnsumme aus Steigerungen der Versichertenzahl und der Lohnhöhe zusammen, ist also die Steigerung der Versichertenzahl kleiner als 2 %, so erhöht sich auch über das Jahr 1964 hinaus die Entschädigungssumme beständig stärker als die Versichertenzahl, das Verhältnis beider wird immer ungünstiger, der Umlagebeitrag steigt, wie es auch die Spalten 3 bis 6 erkennen lassen, beständig weiter. Daher:

Bei gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme kann, wenn sie nicht ausschließlich auf der Zunahme der Versichertenzahl beruht, ein dauernd gleich bleibender Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" sich nicht entwickeln; für ihn gibt es keinen Beharrungszustand, er steigt beständig.

Auf den Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" wirkt die Steigerung der Versichertenzahl ermäßigend und die Steigerung der Lohnhöhe erhöhend. Steigen beide, so heben sich diese Wirkungen mehr oder weniger auf. Dies lassen die Spalten 5 und 6 deutlich erkennen. Sie zeigen aber auch, daß es für die Versichertenzahl keinen Steigerungssatz gibt, bei dem die Umlagebeiträge durchweg völlig oder annähernd mit den Umlagebeiträgen übereinstimmten, die beim Gleichbleiben von Versichertenzahl und Lohnhöhe (Spalte 2) gelten. Letzteren schließen sich zuerst die Beiträge der Spalte 5 (Steigerung der Versichertenzahl um 1 %) und später die Beiträge der Spalte 6 (Steigerung der Versichertenzahl um 1,5 %) am besten an; im Laufe der Zeit gehen aber auch die Beiträge der Spalte 6 in immer höherem Maße über sie hinaus. Wollte man die Übereinstimmung mit Spalte 2 erreichen, so müßte man annehmen, daß die Versichertenzahl nicht gleichmäßig, sondern in immer zunehmendem Maße steigt und die Lohnhöhe in immer schwächerem Maße wächst und zuletzt dauernd gleich bleibt. Daß bei gleichmäßiger Steigerung der Versichertenzahl die Übereinstimmung mit Spalte 2 nicht erreicht werden kann, ist schon daraus zu erkennen, daß bei jedem Steigerungssatz der Umlagebeitrag auch über das Jahr 1964 hinaus beständig wächst, während der Umlagebeitrag der Spalte 2 von 1964 ab dauernd ungeändert bleibt. Daher:

Bei gleichmäßiger Steigerung der Versichertenzahl und gleichmäßiger Steigerung der Lohnhöhe verläuft der Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten" anders als beim Gleichbleiben von Versichertenzahl und Lohnhöhe.

Wenn die Unfallentschädigungen vom Lohn der einzelnen Versicherten abhängig sind, so haben eigentlich Untersuchungen über den Beitrag „auf den Kopf der Versicherten" wenig Wert. Ich habe

darüber nur deshalb ausführlich gesprochen, weil in dieser Beziehung vielfach unklare Vorstellungen bestehen. Weiterhin beschäftige ich mich ausschließlich mit dem Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme".

c. Beziehung zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsbeitrag bei gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme.

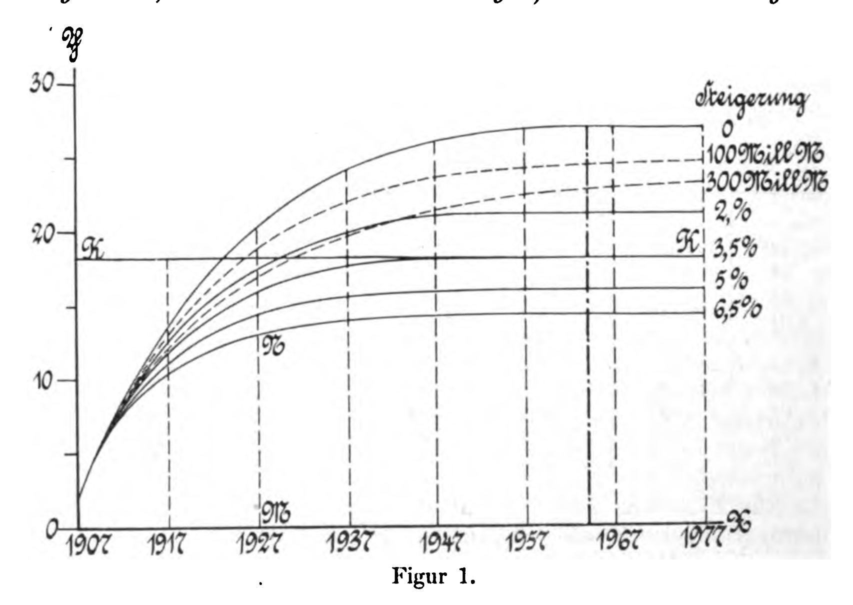
In gleicher Weise wie für den Steigerungssatz von 2 % habe ich die Rechnung auch für einige andere Steigerungssätze durchgeführt. Danach beträgt

im Jahre		der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" bei gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme um jährlich				
		0 %	2 %	3,5 %	5 %	6,5 %
		M.	M.	M.	M.	M.
1	1907	1,92	1,92	1,92	1,92	1,92
11	1917	13,57	12,51	11,81	11,19	10,62
21	1927	20,34	17,54	15,86	14,46	13,28
31	1937	24,19	19,89	17,50	15,61	14,09
41	1947	26,14	20,87	18,09	15,97	14,31
51	1957	26,89	21,18	18,25	16,05	14,36
58	1964	27,02	21,23	18,27	16,06	14,36
61	1967	27,02	21,23	18,27	16,06	14,36
71	1977	27,02	21,23	18,27	16,06	14,36

Ein Bild von dem Verlauf der Umlagebeiträge gibt Figur 1. Jedem Steigerungssatz entspricht eine Kurve. Beispielsweise gibt die Ordinate MN nach dem auf der Y-Achse aufgetragenen Maßstab an, daß im Jahre 1927 bei 6,5 % Steigerung der Umlagebeitrag 13,28 Mark beträgt. Sämtliche Kurven gehen beim Jahre 1964, weil zu diesem Zeitpunkt die Beiträge den Beharrungszustand erreichen, in horizontale Linien über. Dem Kapitaldeckungsbeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme", der in allen Jahren ohne Rücksicht auf die Höhe des Steigerungssatzes 18,27 M. beträgt (Seite 102), entspricht die horizontale Linie KK. Bei Steigerung der Lohnsumme um jährlich 3,5 % stimmt im Beharrungszustand der Umlagebeitrag mit dem Kapitaldeckungsbeitrag überein, die Kurve für 3,5 % geht beim Jahre 1964 in die Linie KK über. Es läßt sich leicht allgemein nachweisen, daß diese Gleichheit dann besteht, wenn der Steigerungssatz der Lohnsumme mit dem bei der Berechnung des Kapitaldeckungsbeitrags benutzten Zinssatz übereinstimmt. Bei Steigerungssätzen *über* 3,5 % bleiben die Kurven beständig *unterhalb* der Geraden KK, in diesen Fällen ist der Umlagebeitrag beständig niedriger als der Kapitaldeckungsbeitrag. Bei Steigerungssätzen *unter* 3,5 % verlaufen die Beitragskurven zwischen der Kurve für 3,5 % und der Kurve für 0 %. Letztere entspricht der Annahme, daß Versichertenzahl und Lohnhöhe dauernd ungeändert bleiben. In dem Jahre, bei dem eine Kurve die

Linie KK schneidet, stimmt der Umlagebeitrag mit dem Kapitaldeckungsbeitrag überein. Dieser Zeitpunkt liegt zwischen dem 17. Jahre (1923) und dem 58. Jahre (1964), und zwar um so später, je höher der Steigerungssatz ist. Daher:

Bei gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme ist der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme“ im Beharrungszustande kleiner, gleich oder größer als der Kapitaldeckungsbeitrag, je nachdem der Steigerungssatz größer, gleich oder kleiner als der Zinssatz ist, nach dem der Kapitaldeckungsbeitrag berechnet worden ist. Bei Steigerungssätzen, die unter dem Zinssatz liegen, erreicht der Umlagebeitrag den Kapitaldeckungsbeitrag um so später, je höher der Steigerungssatz ist.



Figur 1.

Nach den mitgeteilten Zahlen ist im Beharrungszustand der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme“

beim	Steigerungssatz	von	2 %	um	etwa	21 %
„	„	„	3,5 „	„	„	32 „
„	„	„	5 „	„	„	41 „
„	„	„	6,5 „	„	„	47 „

niedriger, als wenn Versichertenzahl und Lohnhöhe dauernd gleich bleiben.

Prof. *Dr. v. Bortkiewicz* hat in der oben erwähnten Abhandlung[1]) bereits gezeigt, daß beim Ansteigen der Versichertenzahl in einer geometrischen Reihe bei gewissen Voraussetzungen der Umlagebeitrag im Beharrungszustande kleiner, gleich oder größer als der Kapitaldeckungsbeitrag ist, je nachdem der Prozentsatz der Zunahme größer, gleich oder kleiner als der Prozentsatz des Zinsfußes ist. Die Ergeb-

---

[1]) Siehe Fußnote auf S. 96.

nisse seiner Untersuchungen decken sich sachlich völlig mit dem, was ich ausgeführt habe. Er hat dazu bemerkt, daß solche Steigerungen, bei denen der Umlagebeitrag dauernd hinter dem Kapitaldeckungsbeitrag zurückbleibt, in der Praxis wohl kaum vorkommen werden, weil eine Steigerung der Versichertenzahl um mehr, als dem Zinsfuß entspricht, nicht zu erwarten ist. Auch Ministerialrat *Dr. Kaan* spricht sich bei den mündlichen Verhandlungen im Wiener Kongreß[1]) in ähnlichem Sinne aus. Diese Bemerkungen sind auch völlig zutreffend bei der von *Dr. v. Bortkiewicz* gemachten Voraussetzung, daß die Versicherungsleistungen vom Lohne unabhängig sein sollen. Ist aber bei der sozialen Unfallversicherung die Höhe der Entschädigungen von der Höhe des Lohns abhängig, so ist für die Frage, ob der Umlagebeitrag im Beharrungszustand größer oder kleiner als der Kapitaldeckungsbeitrag sein wird, nicht mehr der Steigerungssatz der *Bevölkerungszahl*, sondern der Steigerungssatz der *Lohnsumme* maßgebend. Die Steigerung der Lohnsumme setzt sich aus der Steigerung der Versichertenzahl und der Steigerung der Lohnhöhe zusammen. Erstere wird sich bei der gewerblichen Unfallversicherung in Ländern mit zunehmender Industrie auf lange Zeit hinaus schneller erhöhen als die Gesamtbevölkerung. Deshalb ist es keineswegs ausgeschlossen, daß — mindestens während einer langen Reihe von Jahren — der Steigerungssatz der Lohnsumme im allgemeinen mehr als 3½ % (mehr als der Zinssatz) beträgt. Das lehren auch die Erfahrungen der sozialen Unfallversicherung Deutschlands. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften ist in den 10 Jahren von 1897 bis 1907 die Versichertenzahl um 4,1 % und die Lohnsumme um 7,1 % jährlich im Durchschnitt gestiegen. Selbstverständlich sind derartig hohe Steigerungssätze auf die Dauer nicht zu erwarten.

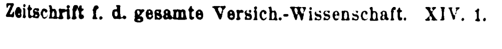
IV. Ungleichmäßige Steigerung der Lohnsumme.

In Wirklichkeit wird sich die Lohnsumme nicht gleichmäßig von Jahr zu Jahr erhöhen. Der Steigerungssatz wird sich von Jahr zu Jahr ändern. Es ist zu unterscheiden zwischen Schwankungen und wirklichen Änderungen.

Schwankt der Steigerungssatz um einen gewissen Mittelwert hin und her, ist er bald größer, bald kleiner als dieser, so wird auch der Umlagebeitrag schwanken. Es wird an die Stelle der betreffenden Beitragskurve (Figur 1) eine Zickzacklinie treten, die bald unterhalb, bald oberhalb jener Kurve liegt. *Grundsätzlich* aber verläuft der Umlagebeitrag ebenso, wie wenn der Steigerungssatz gleich dem Mittelwert wäre. *Grundsätzlich* wird daher auch an den bisherigen Darlegungen über Beharrungszustand und die Beziehungen zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsbeitrag nichts geändert.

Anders liegt es bei wirklichen Änderungen des Steigerungssatzes der Lohnsumme. Die Änderungen werden in der Regel nicht plötzlich, sondern allmählich eintreten. Die Steigerung wird meist nur für

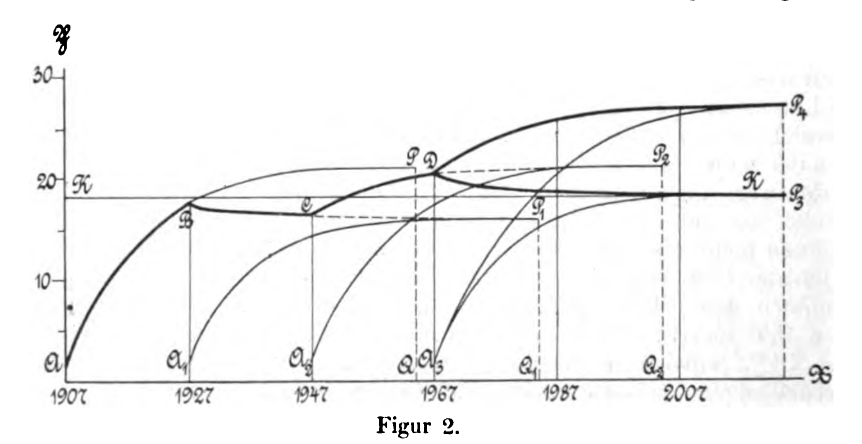
[1]) Gutachten, Denkschriften usw. des sechsten internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft in Wien. Wien 1909. Band III. S. 142.



wenige Jahre als gleichbleibend, d. h. als um einen Mittelwert hin und her schwankend anzusehen sein. Um ein deutliches Bild von dem Einfluß der Änderung der Steigerung zeichnen zu können, soll angenommen werden, daß eine wirkliche Änderung des Steigerungssatzes nur alle 20 Jahre stattfindet.

Es soll beispielsweise angenommen werden, daß die Lohnsumme von 1907 bis 1927 um 2 %, von 1927 bis 1947 um 5 %, von 1947 bis 1967 um 2 % und vom Jahre 1967 ab entweder beständig um 3½ % jährlich steigt oder dauernd ungeändert bleibt.

Bei dauernd gleichmäßiger Steigerung der Lohnsumme um jährlich 2 % verläuft der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" so, wie es in Figur 1 durch die Beitragskurve für 2 % angedeutet ist. Ihr entspricht in Figur 2 die Kurve *A B P*. Die Ordinate *P Q* stellt den vom Jahre 1964 ab dauernd gleich bleibenden Umlagebeitrag von



Figur 2.

21,23 M. für den Steigerungssatz von 2 % dar. Die Beitragskurve strebt dem Punkt *P* als Zielpunkt zu. Tritt nun vom Jahre 1927 ab, in dem der Umlagebeitrag die Höhe von 17,54 M. erreicht hat, an Stelle des Steigerungssatzes von 2 % ein solcher von 5 %, so werden die Beiträge von da ab niedriger sein, als sie beim Satz von 2 % gewesen wären. Die Beitragskurve wird deshalb vom Punkte *B* ab etwas unterhalb der Kurve *B P* verlaufen. Sie wird von da ab nicht mehr dem Punkte *P*, sondern einem anderen Punkte als Zielpunkt zustreben. Wo liegt dieser?

Läßt man zunächst die Weiterzahlungen aus den vor 1927 liegenden Ursprungsjahren außer Betracht, faßt man nur die Entschädigungszahlungen aus den Unfällen des Ursprungsjahres 1927 und der späteren Jahre ins Auge, so wird der Umlagebeitrag, der zur Bestreitung dieser Zahlungen erforderlich ist, genau so verlaufen, wie es in Figur 1 die Beitragskurve für 5 % angibt. Er beginnt mit 1,92 M. und steigt bei der benutzten Abnahmeordnung 58 Jahre lang, also bis zum Jahre 1984. Der Verlauf dieses Beitrags ist in Figur 2 durch die Kurve $A_1 P_1$ angedeutet. Die Ordinate $P_1 Q_1$ stellt den vom Jahre 1984 ab dauernd gleich bleibenden Umlagebeitrag von 16,06 M.

für den Steigerungssatz von 5 % dar. Nimmt man nun die Weiterzahlungen aus den Ursprungsjahren vor 1927 hinzu, so werden die erforderlichen Beiträge höher sein, als es der Kurve $A_1 P_1$ entspricht. Die Beitragskurve für die Zeit von 1927 bis 1984 wird daher zwischen den Kurven BP und $A_1 P_1$ liegen. Sie beginnt bei B und wird sich bei P_1 mit der Kurve $A_1 P_1$ vereinigen. Denn nach dem Jahre 1984 sind Weiterzahlungen aus den vor 1927 liegenden Ursprungsjahren nicht mehr zu leisten. Die Beitragskurve AB strebt sonach vom Punkte B ab nicht mehr dem Punkt P, sondern dem Punkt P_1 als Zielpunkt zu.

Beträgt nun vom Jahre 1947 ab der Steigerungssatz nicht mehr 5 %, sondern wieder 2 %, so verfolgt die Beitragskurve die Richtung BP_1 nur bis zum Punkte C. Von hier aus strebt sie nicht mehr dem Punkt P_1, sondern dem Punkte P_2 zu, der für das Jahr 2004 dem Umlagebeitrag von 21,23 M. entspricht.

Ändert sich der Steigerungssatz endlich nochmals im Jahre 1967, so ändert die Beitragskurve in dem dann erreichten Punkte D nochmals ihre Richtung: Sie strebt von da ab nicht mehr dem Punkte P_2, sondern dem Punkte P_3 oder P_4 zu, wenn man annimmt, daß von da ab entweder die Steigerung 3½ % beträgt oder die Lohnsumme ungeändert bleibt. Bleibt nunmehr 58 Jahre hindurch die Steigerung von 3½ % oder die Lohnsumme ungeändert, so erreicht die Beitragskurve im Jahre 2024 den Punkt P_3 oder P_4. Es beträgt dann die Umlage „auf 1000 M. Lohnsumme" 18,27 M. oder 27,02 M. Auf diesem Satze bleibt sie dann, aber auch nur dann dauernd stehen, wenn auch weiterhin keine Änderung eintritt. Treten später Änderungen ein, so verläßt die Kurve doch wieder die eingeschlagene horizontale Richtung und strebt wieder neuen Zielpunkten P_5, P_6 ... zu, die den dann geltenden Steigerungssätzen entsprechen. Käme es also jemals dahin, daß von irgendeinem Zeitpunkt ab die Lohnsumme beständig gleich bliebe, d. h. dem *absoluten* Betrage nach um einen Mittelwert hin und her schwankte, so würde, auch wenn Jahrzehnte hindurch die Lohnsumme stark gestiegen wäre, der Umlagebeitrag dann doch einmal den Höchstbetrag erreichen, der ungefähr um die Hälfte höher als der Kapitaldeckungsbeitrag ist, und auf dieser Höhe beharren. Durch die vorhergehenden Steigerungen wäre der Zeitpunkt, mit dem jener Höchstbetrag erreicht wird, nur hinausgeschoben worden; denn auf diesen Betrag steigt der Umlagebeitrag erst an, nachdem die Lohnsumme *in Wirklichkeit* etwa 5 Jahrzehnte hindurch dem absoluten Betrage nach ungeändert geblieben ist. Anderseits ist aber auch sicher, daß der Umlagebeitrag diese Höhe niemals erreichen kann, wenn die Lohnsumme unaufhaltsam — wenn auch *mäßig* — steigt. Bei beständiger Steigerung um jährlich nur 2 % würde beispielsweise der Umlagebeitrag den Kapitaldeckungsbeitrag höchstens um etwa 21 % übersteigen.

Aus dem Gesagten folgt:

Bei der sozialen Unfallversicherung gibt es keinen relativen Beharrungszustand, d. h. keinen dauernd gleich bleibenden Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme". Denn es ist nicht zu erwarten, daß



der Steigerungssatz der Lohnsumme von irgendeinem Zeitpunkt ab *dauernd* ungeändert bleibt, d. h. um einen und denselben Mittelwert dauernd hin und her schwankt. Das schließt nicht aus, daß der Umlagebeitrag in Wirklichkeit bisweilen viele Jahre nahezu gleich bleibt oder sogar sinkt. Es kann dadurch der Anschein erweckt werden, daß bereits ein Beharrungszustand eingetreten sei. Trotz solcher Vorkommnisse und trotzdem wegen der immer größer werdenden Zahlen der Einfluß der zufälligen Schwankungen immer kleiner werden wird, muß man für die Zukunft stets mit Änderungen, und zwar nicht nur mit unbedeutenden, sondern mit recht erheblichen Änderungen des Umlagebeitrags — nach oben und nach unten — rechnen, auch wenn man davon völlig absieht, daß die Lohnsumme jemals eine rückläufige Bewegung einschlagen könnte.

Aus den angestellten Betrachtungen ist ferner zu schließen, daß es unmöglich ist, bei der sozialen Unfallversicherung mit genügender Sicherheit für einige Jahrzehnte die Entwicklung des Umlagebeitrags „auf 1000 M. Lohnsumme“ vorauszuberechnen. Die Ursache dafür liegt weniger in der Natur des Umlageverfahrens als in dem Umstande, daß der Verlauf des Beitrags wesentlich davon abhängig ist, in welchem Maße die Lohnsumme während jener Jahrzehnte steigt. Für den Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme“ kann vielmehr durch mathematische Berechnungen immer nur festgestellt werden, wie er *unter bestimmten Voraussetzungen über die künftige Steigerung der Lohnsumme* verlaufen wird.

In Figur 2 erreicht der Umlagebeitrag den Kapitaldeckungsbeitrag erst etwa im 47. Jahre. Ich weise ausdrücklich darauf hin, daß dies nur bei den dort gemachten Voraussetzungen über die Steigerung der Lohnsumme zutrifft. Allgemein gilt nur, daß bei *steigender* Lohnsumme der Umlagebeitrag den Kapitaldeckungsbeitrag erst später als im 17. Jahre erreicht, und zwar um so später, je größer die Steigerung ist. Durch geeignete Wahl dieser Steigerung läßt sich die Übereinstimmung beider Beiträge für jedes beliebige spätere Jahr herbeiführen. Dem Gedanken, daß *in Wirklichkeit* im 17. Jahre des Bestehens der Unfallversicherung Umlagebeitrag und Kapitaldeckungsbeitrag übereinstimmen sollten, hätte man niemals Raum geben sollen. Denn die Voraussetzung dafür, nämlich das dauernde Gleichbleiben der Lohnsumme, war weder von vornherein, noch viel weniger jemals später in Betracht zu ziehen.

Bisher war immer eine dauernd oder doch während eines gewissen Zeitraumes gleichmäßige Steigerung der Lohnsumme, d. h. ein Ansteigen der Lohnsumme nach einer geometrischen Reihe, betrachtet worden. Dies ist geschehen, weil es bei dauernd gleichmäßiger Steigerung für den Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme“ stets einen Beharrungszustand gibt. Ich will jetzt noch ein Beispiel für das Ansteigen der Lohnsumme nach einer arithmetischen Reihe geben. Es soll angenommen werden, daß die Lohnsumme, die 8 412 757 000 M. im Jahre 1907 betrug, dauernd alljährlich a. um 100 000 000 M. oder b. um 300 000 000 M. steigt. Die Steigerung beträgt alsdann zuerst a. 1,2 % oder b. 3,6 %. Das Verhältnis zwischen der stets gleich

bleibenden Erhöhung und der von Jahr zu Jahr höheren Lohnsumme wird fortwährend kleiner, der Steigerungssatz nimmt von Jahr zu Jahr ab, und zuletzt wird er verschwindend klein. Die Beitragskurve wird zuerst ähnlich verlaufen, wie es nach Figur 1 einem Steigerungssatz von a. 1,2 % oder b. 3,6 % entspricht. Sie wird aber von Jahr zu Jahr ihre Richtung ändern und wegen des immer kleineren Steigerungssatzes einem immer höher liegenden Zielpunkt zustreben. Zuletzt — nach unendlich langer Zeit — wird sie die Höhe erklimmen, die die Beitragskurve bei beständig gleichbleibender Lohnsumme schon nach 58 Jahren erreicht. Nach unendlich langer Zeit wird also der Beitrag bis auf 27,02 M. oder richtiger bis auf etwa das 1½fache des Kapitaldeckungsbeitrages steigen. Der Lauf der Beitragskurven für die beiden Fälle a. und b. ist in Figur 1 durch die punktierten Linien angegeben. Der Umlagebeitrag „auf 1000 M. Lohnsumme" beträgt im

	20.	40.	60.	80.	100. Jahr
im Falle a.	18,35	23,43	24,48	24,79	25,03 M.,
im Falle b.	16,63	21,26	22,84	23,62	24,16 M.

Am Schluß dieses Abschnitts will ich der Vollständigkeit wegen noch einige Punkte von untergeordneter Bedeutung berühren.

Der Umlagebeitrag in einem bestimmten Jahr, z. B. im Jahre 1967, ist nicht bloß davon abhängig, um wieviel die Lohnsumme von 1907 bis 1967 im ganzen gestiegen ist, sondern auch davon, wie sich diese Steigerung vollzogen hat.

Bei den bisherigen Betrachtungen ist immer 1907 als das erste Jahr des Bestehens der Versicherung betrachtet worden. Streng genommen hätte man deshalb aus verschiedenen Gründen die aus 1907 als „Ursprungsjahr" erwachsenden Entschädigungszahlungen kleiner als die der späteren Ursprungsjahre annehmen müssen. Man wäre dann zu etwas anderem als den mitgeteilten Zahlen gelangt. Die Darstellung wäre aber erschwert und unübersichtlich geworden. *Grundsätzlich* hätte sich an den Ergebnissen nichts geändert.

Handelt es sich nicht um eine neu ins Leben tretende, sondern eine schon bestehende Versicherungseinrichtung, so läßt sich bei der Beurteilung des Verlaufs des Umlagebeitrags „auf 1000 M. Lohnsumme" auch die oben benutzte Darstellungsweise anwenden. Würde man beispielsweise im Jahre 1927 Betrachtungen über die künftige Gestaltung des Umlagebeitrags für eine Versicherungseinrichtung anstellen, die schon seit dem Jahre 1907 besteht, so würde in Figur 2 an die Stelle der dem Steigerungssatz von 2 % entsprechenden Kurve AB eine andere treten, die den tatsächlichen Verlauf wiedergibt. Dem wirklichen Umlagebeitrage des Jahres 1927 würde wahrscheinlich nicht der Punkt B, sondern ein etwas höher oder tiefer liegender Punkt entsprechen. Von diesem Punkte aus aber würde die Beitragskurve ebenfalls dem Punkte P_1 als Zielpunkt zustreben, wenn man im Jahre 1927 annimmt, daß die Lohnsumme von da ab sich jährlich um 5 % erhöhen wird.

V. Änderung der Unfallgefahr.

Bisher ist vorausgesetzt worden, daß die Altersverteilung der Versicherten, die Unfallhäufigkeit, die Schwere der Unfälle, die Bezugsdauer der Entschädigungen usw. — kurz die Unfallgefahr — dauernd ungeändert bleibt und infolgedessen eine Steigerung der Lohnsumme auch stets eine entsprechende Steigerung der entstehenden Unfalllasten zur Folge hat. Die weitere Ausbildung der Unfallverhütungsvorschriften, die Fortschritte der ärztlichen Kunst, Änderungen der Grundsätze für die Bewilligung und Entziehung von Renten, die Verlängerung der Bezugsdauer, insbesondere der Witwenrenten, durch die fortschreitende Verlängerung der menschlichen Lebensdauer und noch manche andere Umstände bewirken teils eine Verminderung, teils eine Erhöhung der Unfallgefahr, d. h. der durchschnittlich auf 1000 M. Lohnsumme erwachsenden Unfallast. Eine Verminderung der Unfallgefahr würde ein Herabdrücken sämtlicher Kurvenzüge in Figur 1 und 2 zur Folge haben, die Kurven würden etwas niedriger liegenden Zielpunkten zustreben, es würde die *absolute* Höhe der Beiträge ermäßigt werden, die zu ermitteln nicht zum Gegenstand dieser Abhandlung gehört. Die Ermäßigung würde sowohl die Umlagebeiträge als auch die Kapitaldeckungsbeiträge, wenn auch nicht durchweg in genau demselben Verhältnis, treffen. Jedenfalls würde auch bei Änderung der Unfallgefahr an dem über den Beharrungszustand und über die Beziehungen zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsbeitrag Gesagten grundsätzlich sich nichts ändern.

VI. Mathematische Begründung.

Nach der ausführlichen gemeinverständlichen Darstellung kann ich die mathematische Begründung, deren es eigentlich kaum bedarf, kurz fassen.

Es sei

V und V_n die Versichertenzahl,

l und l_n die Lohnhöhe,

$L = V \cdot l$ und $L_n = V_n \cdot l_n$ die Lohnsumme
im 1. Jahr und im n^{ten} Jahr des Bestehens der Versicherungseinrichtung,

m die Anzahl der Jahre, während welcher längstens Entschädigungen aus einem Ursprungsjahre zu zahlen sind,

a_1 die Entschädigungszahlungen, die aus den Unfällen eines Ursprungsjahres im Ursprungsjahr auf die Lohnsumme 1 dieses Jahres entfallen,

$a_2, a_3 \ldots . a_m$ die hierzu gehörigen Weiterzahlungen in den folgenden Jahren,

$r = 1 + i$ der Aufzinsungsfaktor,

α der Steigerungssatz der Versichertenzahl,

β der Steigerungssatz der Lohnhöhe,

$\gamma = \alpha \cdot \beta$ der Steigerungssatz der Lohnsumme,

und demgemäß

$$V_n = V \cdot \alpha^{n-1}$$
$$l_n = l \cdot \beta^{n-1}$$
$$L_n = L \cdot \gamma^{n-1} = L \cdot (\alpha\,\beta)^{n-1}.$$

Alsdann ist

der Kapitalwert der Entschädigungszahlungen aus den Unfällen des n^{ten} Jahres, also die Summe der beim *Kapitaldeckungsverfahren* im n^{ten} Jahre aufzubringenden Mittel

$$K_n = L \cdot \gamma^{n-1}\left(a_1 + \frac{a_2}{r} + \frac{a_3}{r^2} + \ldots + \frac{a_m}{r^{m-1}}\right)$$
$$= L \cdot \gamma^{n-1} \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}} \tag{1}$$

und die Summe der im n^{ten} Jahre überhaupt auszuzahlenden Entschädigungsbeträge, also die Summe der beim *Umlageverfahren* im n^{ten} Jahre aufzubringenden Mittel

$$U_n = L\left(\gamma^{n-1} \cdot a_1 + \gamma^{n-2} \cdot a_2 + \ldots + \gamma\, a_{n-1} + a_n\right)$$
$$= L\,\gamma^{n-1}\left(a_1 + \frac{a_2}{\gamma} + \ldots + \frac{a_{n-1}}{\gamma^{n-2}} + \frac{a_n}{\gamma^{n-1}}\right)$$
$$= L \cdot \gamma^{n-1} \sum_{x=1}^{x=n} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}}. \tag{2}$$

Demnach ergibt sich für das n^{te} Jahr des Bestehens der Versicherungseinrichtung

als *Kapitaldeckungsbeitrag »auf die Lohnsumme 1«*

$$\mathfrak{K}_n^L = \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}}, \tag{3}$$

als *Kapitaldeckungsbeitrag »auf den Kopf der Versicherten«*

$$\mathfrak{K}_n^V = \frac{L}{V} \cdot \frac{\gamma^{n-1}}{\alpha^{n-1}} \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}}$$
$$= l \cdot \beta^{n-1} \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}} = l_n \cdot \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}}, \tag{4}$$

als *Umlagebeitrag „auf die Lohnsumme 1“*

$$\mathfrak{U}_n^L = \sum_{x=1}^{x=n} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}} \tag{5}$$

und als *Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten“*

$$\mathfrak{U}_n = \frac{L}{V} \cdot \frac{\gamma^{n-1}}{\alpha^{n-1}} \cdot \sum_{x=1}^{x=n} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}}$$

$$= l \beta^{n-1} \sum_{x=1}^{x=n} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}} = l_n \sum_{x=1}^{x=n} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}}. \tag{6}$$

Sieht man von dem Einfluß der Änderung der Unfallgefahr und des Zinsfußes ab, nimmt man also $a_1, a_2 \ldots a_m$ und r als dauernd gleichbleibend an, so lehren die vorstehenden Formeln für den Einfluß der Steigerung der Versichertenzahl, der Lohnhöhe und der Lohnsumme auf die Beiträge folgendes:

Nach Formel (3) ist $\mathfrak{K}_n^L$ von den veränderlichen Größen unabhängig, der Kapitaldeckungsbeitrag „auf die Lohnsumme 1“ bleibt sich also stets gleich.

Nach der Formel (4) ist der Kapitaldeckungsbeitrag „auf den Kopf der Versicherten“ proportional der Lohnhöhe, da der Faktor $\sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{r^{x-1}}$ einen festen Wert hat. Bei steigender Lohnhöhe steigt er also beständig.

Nach Formel (5) ist der Umlagebeitrag „auf die Lohnsumme 1“ bei steigender Lohnsumme ($\gamma > 1$) kleiner als bei gleichbleibender Lohnsumme ($\gamma = 1$). Die Weiterzahlungen a_n brechen mit $n = m$ ab. Für $n > m$ ergibt sich daher derselbe Beitrag wie für $n = m$. Der Beitrag erreicht also nach m Jahren den Beharrungszustand, er ist dann

$$\mathfrak{U}_m^L = \sum_{x=1}^{x=m} \frac{a_x}{\gamma^{x-1}}.$$

Durch Vergleich mit Formel (3) erkennt man, daß bei $n > m$ der Umlagebeitrag „auf die Lohnsumme 1“ kleiner, gleich oder größer als der Kapitaldeckungsbeitrag „auf die Lohnsumme 1“ ist, je nachdem γ größer, gleich oder kleiner als r, d. h. je nachdem der Steigerungssatz der Lohnsumme größer, gleich oder kleiner als der Zinssatz ist.

Nach Formel (6) ist der Umlagebeitrag „auf den Kopf der Versicherten“ bei $n > m$ proportional der Lohnhöhe, weil von $n = m$ ab der andere Faktor ungeändert bleibt. Bei steigender Lohnhöhe gibt es für diesen Umlagebeitrag daher keinen Beharrungszustand, er steigt beständig.

Rechtsprechung.

Neue Rechtsprechung in Transportversicherungssachen.

Von Generalsekretär Dr. rer. pol. et jur. Brüders (Berlin).

Die nachfolgende Übersicht berücksichtigt die gesamte internationale Rechtsprechung in Transportversicherungssachen, soweit sie in den letzten sieben Monaten von 1912 und in den ersten fünf Monaten des Jahres 1913 bekannt geworden ist. Wegen der für die Bearbeitung der Übersicht angenommenen Grundsätze und der Einteilung des Stoffes vergleiche S. 169 des Jahrganges 1912 der Zeitschrift.

A. Seeversicherung.

I. Kaskoversicherung.

Abandon als Totalverlust (deutsch. Recht). Der Dampfer „Pergamon“ hatte im Hafen von Bari einen Bagger angerannt und ihn zum Sinken gebracht. Er konnte unbehelligt von Bari auslaufen und gelangte nach seinem Heimatshafen Hamburg. Die Eigentümer des Baggers machten gegen den Dampfer „Pergamon“ einen Schadensersatzanspruch in Höhe von 300 000 M. geltend. Daraufhin abandonnierten die Eigentümer des „Pergamon“ den Dampfer gemäß Art. 491 des italienischen Handelsgesetzbuches an die Eigentümer des Baggers, und der „Pergamon“ wurde für Rechnung der letzteren verkauft. Nunmehr verlangten die früheren Eigentümer des „Pergamon“ von ihren Kaskoversicherern Auszahlung der Versicherungssumme, indem sie sich darauf beriefen, daß nach § 109 der allgemeinen deutschen Seeversicherungsbedingungen ein Totalverlust vorliege. Der 3. Senat des Hanseatischen Oberlandesgerichts erklärte einen Totalverlust als vorliegend. Die Parteien einigten sich jedoch nachträglich dahin, daß die Kaskoversicherer 105 000 M. bezahlten. Bei einer der an der Kaskoversicherung beteiligten Versicherungsgesellschaften war außer dem Kasko eine Versicherung genommen auf „Interesse durch Mehrwert des Kaskos und/oder sonstiges Interesse, gleichviel welcher Art, ohne weiteren Beweis als die Police“. Der durch die Police versicherte Betrag sollte als Totalschaden bezahlt werden, falls der Dampfer total verloren gehe oder wegen Seeschadens kondemniert werde. Nunmehr verlangten die früheren Eigentümer des „Pergamon“ von dieser Versicherungsgesellschaft die Auszahlung der vollen Versicherungssumme, indem sie sich darauf beriefen, daß ein Totalverlust vorliege, und daß ferner die Gesellschaft die Abandonerklärung genehmigt hätte, indem sie der-

selben in ihrer Eigenschaft als Kaskoversicherer zugestimmt hätte. Der 4. Senat des Hans. OLG. wies den Anspruch zurück, indem er ausführte: Der Abandon ist ein Rechtsinstitut der romanischen Länder und weder in Deutschland noch in England bekannt. Im vorliegenden Falle unterliegt das Versicherungsvertragsverhältnis dem deutschen Recht und insbesondere den ASVB. Nach § 109 ASVB. liegt ein Totalverlust nicht nur vor, wenn ein Schiff total verloren gegangen ist, sondern auch dann, wenn es dem Versicherten ohne Aussicht auf Wiedererlangung entzogen ist. Ein derartiger Entzug kann auch rechtlicher Natur sein, z. B. wenn ein Schiff arrestiert und versteigert wird. Im vorliegenden Falle jedoch trug der Assekuradeur das Risiko, daß die Eigentümer des „Pergamon“ für den Schaden haften müssen, der durch den „Pergamon“ einem anderen Schiffe zugefügt wurde. Solche Haftung bedeutet aber schon begrifflich keinen als Totalverlust der Sache selbst anzusehenden Schaden. Sodann war der Abandon auch keine Rechtsnotwendigkeit. Derselbe mochte wirtschaftlich berechtigt sein; eine Entziehung im rechtlichen Sinne bedeutete er nicht. Auch wenn das Schiff gemäß den Vorschriften des italienischen Rechts mit einer Forderung bis zur Höhe von 300 000 M. belastet war, bedeutete das keine Entziehung im Sinne des § 109 ASVB., denn das Schiff konnte von seinem Pfandrecht durch die Entziehung der Pfandsumme befreit werden. Ferner können sich die Eigentümer des „Pergamon“ nicht darauf berufen, daß der Interessenversicherer die Abandonerklärung genehmigt hätte, denn als Kaskoversicherer war er gezwungen, die Handlung des Anfängers der Police auch gegen sich gelten zu lassen. Dies berührte jedoch seine Verpflichtung als Versicherer des Interesses in keiner Weise. (Hanseatisches Oberlandesgericht, IV., 21. X. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 27. II. 1913, S. 52.)

Kollision eines Schiffes mit dem Anker des versicherten Schiffes (franz. Recht). Ein Fahrzeug hatte in einer Flußmündung einen Anker verloren, der dort etwa sieben Monate liegen blieb. Bei Niedrigwasser stieß ein anderes Fahrzeug darauf und wurde beschädigt. Der Reeder des Fahrzeuges, zu welchem der Anker gehört hatte, wurde zum Schadensersatz verurteilt, da er verpflichtet gewesen sei, den Anker zu beseitigen oder wenigstens die Stelle kenntlich zu machen, um die Aufmerksamkeit der Schiffer auf diese Schiffahrtsgefahr zu lenken. Der Reeder verlangte nunmehr von seinem Kaskoversicherer Ersatz, da er durch die Police gegen alle Schäden, welche das versicherte Fahrzeug einem Dritten zufügt, gedeckt sei. Das Gericht wies jedoch den Anspruch gegen den Versicherer ab, da der Anker bereits seit Monaten vom versicherten Fahrzeug getrennt gewesen sei und daher von einer Zusammengehörigkeit des Ankers und des versicherten Fahrzeuges nicht mehr gesprochen werden könne. (Handelsgericht Bordeaux, 30. I. 1911: „Autran, Revue internationale du droit maritime“, Marseille 1911, S. 818.)

Verletzung der Anzeigepflicht (engl. Recht). Ein schwimmendes Dock, das im Hafen von Bermuda zum Abbruch bestimmt war, war

von 1906 bis 1908 jeweils für einen Monat versichert, und zwar sollte der Versicherer auch für einen Schaden haften, der dadurch entstand, daß das Dock innerhalb des Hafens von Bermuda hin und her geschleppt wurde. Die Versicherungssumme wurde von 1906 bis Januar 1908 allmählich von 13 000 auf 5000 £ herabgesetzt, da die Versicherungssumme einen Vorschuß decken sollte, der von einer Bank gemacht worden war. Entsprechend der Tilgung dieses Vorschusses wurde auch die Versicherungssumme reduziert. Im Januar 1908 wünschten jedoch die Eigentümer des Docks, die Versicherungssumme wieder auf 12 500 £ zu erhöhen, um auf diese Weise die Kapitalien, die sie in das Unternehmen hineingesteckt hatten, sicherzustellen. Die Versicherer verlangten Aufschluß über die Gründe, welche zur Erhöhung der Versicherungssumme geführt hätten, und die Versicherten gaben ihnen dieselben bekannt. Darauf wurde die Versicherungssumme für die Monate Februar und März auf 12 500 £ erhöht. Im März wurde das Dock im Hafen von Bermuda von einer Stelle an eine andere geschleppt und ging hierbei total verloren. Die Versicherer verweigerten Ersatz des entstandenen Schadens, indem sie sich darauf beriefen, daß die Versicherten anläßlich der Erhöhung der Versicherungssumme nicht mitgeteilt hätten, daß eine Ortsveränderung des Dockes im Hafen von Bermuda unmittelbar bevorstehe. Das Gericht nahm jedoch an, daß die Versicherer von Anfang an gewußt hätten, daß früher oder später das Dock von einem Ort an einen anderen geschleppt werden müsse. Die Versicherten hätten daher keine Veranlassung gehabt, im Januar noch speziell darauf hinzuweisen, daß eine Ortsveränderung des Dockes mehr oder weniger nahe bevorstehe. Die Gründe, welche sie zur Erhöhung der Versicherungssumme angegeben hätten, entsprächen durchaus den Tatsachen, und die Versicherer seien der Ansicht gewesen, daß diese eine Erhöhung der Versicherungssumme durchaus rechtfertigten. Das Gericht verurteilte daher die Versicherer zur Zahlung der Versicherungssumme von 12 500 £. (House of Lords, 11. XI. 1912: „Shipping Gazette & Lloyd's List", London, 15. XI. 1912, S. 14.)

II. Ladungsversicherung.

Begriff des Bruchs bei Schienentransporten (belg. Recht). Eine Ladung Schienen auf Deck war mit folgender Klausel der Antwerpener Police von 1900 versichert: „Les colis chargés sur le pont sont couverts, avec remboursement intégral de toute perte, quelque minime qu'elle soit, provenant de jet, feu, enlèvement par les lames et bris à la suite de désarrimage." Bei der Ankunft waren die Schienen stark verbogen. Der Versicherer lehnte Ersatz des Schadens ab, da die Verbiegung noch keinen Bruch bedeute. Das Schiedsgericht jedoch verurteilte ihn zum Ersatz des Schadens, insoweit als an den Schienen ein Bruch eintreten würde, wenn sie wieder aus ihrer verkrümmten Lage in die richtige Form gebracht würden. Dagegen sei der Versicherer für bloße Verbiegung nicht haftbar. (Schiedsgericht Antwerpen, 19. IV. 1911: „Le Droit maritime, Brüssel", 1911, S. 691.)

Cif-Käufe. a) (engl. Recht). Einige Kisten Walnüsse waren cif verkauft worden mit der Bestimmung: Bezahlung 30 Tage nach Ablieferung. Die Kisten kamen wesentlich verspätet an, und der Käufer erhielt nur ein Konnossement, aber keine Police, da die Walnüsse vom Verkäufer nicht versichert worden waren. Der Käufer erklärte, daß ihm nicht vollständig geliefert worden sei, und verweigerte die Zahlung. Der Verkäufer führte aus, daß der Käufer nur dann Anspruch auf eine Police habe, wenn die Waren beschädigt oder verloren gegangen seien. Das Gericht trat jedoch dieser Ansicht nicht bei, sondern führte aus, daß bei einem Cif-Kauf die Versicherung als ein wesentliches Vertragsmoment betrachtet werden müsse, und der Verkäufer daher Anspruch auf Aushändigung einer Police habe. (Divisional Court, London, 7. II. 1913: „Shipping Gazette & Lloyd's List", London, 14. II. 1913, S. 14.)

b) (ital. Recht). Bei einem Cif-Kauf hat der Käufer Anspruch auf Aushändigung der Versicherungspolice über die gekauften Waren. Er braucht sich nicht mit einer Bescheinigung zu begnügen, daß die Ware durch eine bei der Bank hinterlegte laufende Police gedeckt ist. (Appellhof Genua, 20. II. 1911: „Il Diritto Marittimo", 1911, S. 95.)

Versicherung frei von Beschädigung außer im Strandungsfall (franz. Recht). Ist eine Ladung mit obiger Klausel versichert, und strandet das Schiff, so wird angenommen, daß die Beschädigung der Ladung durch die Strandung erfolgt ist. Dagegen kann der Versicherer beweisen, daß die Beschädigung auf einen anderen Umstand zurückzuführen ist, und sich dadurch von der Haftung befreien. (Cassationshof, 9. V. 1911: „Le Droit Maritime", Brüssel, 1913, S. 84.)

Überversicherung (engl. Recht). Eine Partie Saatgut war für die Reise von Harwich nach London versichert. Die Versicherung war auf Saat, Säcke, Fracht und Gewinn genommen. Die Versicherungssumme betrug 5000 £. Unterwegs strandete das Schiff, und ein Teil der Ladung wurde geworfen, während ein anderer Teil durchnäßt und beschädigt wurde. Der Versicherer lehnte den Ersatz des entstandenen Schadens mit der Begründung ab, daß der Unfall betrügerischerweise herbeigeführt worden sei, und daß ferner eine Überversicherung vorgelegen habe. Der Versicherungsnehmer behauptete, daß das versicherte Saatgut eine ganz besondere Spezialität darstelle und einen wesentlich höheren Wert repräsentiere als gewöhnliches Saatgut. Das Gericht stellte fest, daß nach dem Gutachten des Sachverständigen der Wert des Saatgutes vom Versicherungsnehmer wesentlich höher angesetzt worden sei, als nach der Marktlage berechtigt war. Es liege daher eine Überversicherung vor, und die Police sei nichtig. Ob diese Überversicherung betrügerischerweise vom Versicherungsnehmer abgeschlossen worden sei, oder ob dieser tatsächlich sein Saatgut für eine besonders qualifizierte Ware gehalten habe, sei ohne Bedeutung. Der Versicherungsnehmer wurde daher mit seiner Klage auf Schadensersatz gegen den Versicherer abgewiesen. (Kings Bench Division, 22. II. 1913: „Shipping Gazette & Lloyd's List", London, 28. II. 1913, S. 14.)

Verjährung des Versicherungsanspruchs (franz. Recht). Mehrere Versicherungsgesellschaften hatten eine Generalpolice für Transporte von Früchten und Gemüsen abgeschlossen. Am 7. August 1907 wurde auf dem Dampfer „Mopsa“ eine Ladung von Früchten und Gemüsen eingeschifft, welche für Gool bestimmt war. Der „Mopsa“ ging am 8. August von Boulogne ab und sollte am 9. August, vormittags 8 Uhr, in Hull eintreffen. Infolge des dichten Nebels strandete der Dampfer auf Holmesand im Humber gegen 8 Uhr morgens und konnte erst nach mehreren Versuchen, und nachdem ein Teil der Ladung geleichtert war, loskommen. Er traf daher erst am 11. August nachmittags in Hull ein. Der Versicherte hatte bereits am 10. August die Versicherer aufgefordert, dafür zu sorgen, daß ihr Vertreter in Hull interveniere. Am 14. August stellte dann auch dieser Vertreter den Versicherern ein Zertifikat über den Zustand der Waren und über die Vorkommnisse auf der Reise aus. Er wohnte auch dem Verkauf der beschädigten Waren bei und konstatierte an Hand des geltenden Marktpreises deren Minderwert. Am 2. September teilten die Versicherer dem Versicherten mit, daß sie jede Verantwortung für den entstandenen Schaden ablehnen, worauf der Versicherte am 3. November gegen die Versicherer Klage auf Schadensersatz erhob. Die Versicherer wandten zunächst ein, daß die Klage abgewiesen werden müsse, weil die Vorschriften des § 435 des Code de commerce nicht beobachtet worden seien. Danach sind alle Klagen gegen die Versicherer wegen Beschädigung der Waren unzulässig, falls diese ohne Protest angenommen worden sind. Der Protest ist nichtig, wenn er nicht binnen 24 Stunden erhoben und wenn ferner nicht binnen Monatsfrist eine gerichtliche Klage angestrengt ist. Dieser Protest sei nicht erhoben worden, und die Klage sei ebenfalls verspätet, am 3. November, eingereicht worden. Das Gericht wies jedoch diese Begründung ab. Der Versicherte habe bereits am 10. August die Intervention des Vertreters der Versicherer veranlaßt, und dieser habe den Zustand der Waren, deren Verkauf und den Erlös daraus kontrolliert. Durch diese gemeinsame Schadensfeststellung sei der Vorschrift des § 435 hinsichtlich der Erhebung des Protestes Genüge geleistet. Was die Versäumnis der Klagefrist betreffe, so beginne dieselbe erst an dem Tage, an dem die Versicherer dem Versicherten mitgeteilt hätten, daß sie jede Haftung ablehnen. Diese Mitteilung sei dem Versicherten am 3. September zugegangen. Die einmonatige Frist des § 435 Code de commerce werde aber um einen weiteren Monat deshalb verlängert, weil der Bestimmungshafen und der Ort der Schadensfeststellung außerhalb Frankreichs (in England) gelegen sei. Der Versicherte habe daher die Klage am 3. November noch rechtzeitig eingereicht, da die Klagefrist erst am 4. November abgelaufen sei. (Appellhof Paris, 26. I. 1912: „Argus“, 20. X. 1912, S. 663.)

B. Flußversicherung.

I. Kaskoversicherung.

Seetüchtigkeit eines Flußschiffes als Voraussetzung des Versicherungsanspruchs. Das Motorflußschiff „Libelle“ war für die

Fahrt von Hamburg nach Bremerhaven unter Zugrundelegung der Bremischen Seeversicherungs-Bedingungen versichert. Das Schiff sank in der Nähe von Cuxhaven. Die Versicherungs-Gesellschaft wurde unter folgender Begründung zur Bezahlung des Schadens verurteilt: Wegen des hohen Risikos der Überführung des Flußschiffes über See ist eine außergewöhnlich hohe Prämie vereinbart. Auf Verlangen des Versicherten ist eine Klausel aufgenommen, nach der die Firma St. in Cuxhaven die Zeit der Überfahrt von dort über See bestimmen sollte, und nach der der Führer der „Libelle" sich zu diesem Zwecke bei jener Firma melden sollte. Auf Grund dieser Tatsachen ist das Gericht überzeugt, daß die Parteien beim Abschlusse des Versicherungsvertrages die Bestimmungen des Absatzes 1 des § 36 der Bremischen Versicherungs-Bedingungen nicht mit zum Bestandteile des Vertrages haben machen wollen und gemacht haben, sowie ferner, daß durch den Vertrag der Parteien auch die Bestimmung des § 821 Nr. 1 Satz 1 des Handelsgesetzbuches ausgeschaltet ist. In jenen Vorschriften des § 36 der Bedingungen und des § 821 HGB. handelt es sich um die Seetüchtigkeit des Schiffes als Voraussetzung der Haftung der Versicherer. Im vorliegenden Falle aber war man einig, daß ein Flußschiff versichert werden sollte, dem die Eigenschaft der Seetüchtigkeit nicht beigemessen werden konnte. Das Gericht ist weiter überzeugt, daß es auch nicht die Meinung des Vertrages war, daß § 36 Absatz 1 der Bedingungen oder § 821 Nr. 1 HGB. in der Weise analog Anwendung finden sollte, daß statt des Begriffes der Seetüchtigkeit etwa der Begriff der Tüchtigkeit zur Flußschiffahrt einzuschalten sei. Daß ein solcher Gedanke verfehlt sein würde, erhellt ohne weiteres daraus, daß ganz unklar wäre, was mit solcher Flußtüchtigkeit gemeint wäre. Je nachdem ein Flußfahrzeug auf der Oberelbe verkehren, oder — wie das bei der „Libelle" zuletzt der Fall war — auf einem Strome von den Verhältnissen der Elbe bei Cranz als Fährboot dienen oder auf der Unterelbe, etwa bei Brunsbüttel oder Cuxhaven, seine Fahrten machen soll, müssen für das Fahrzeug sehr verschiedene Qualitäten erfordert werden. Da Seetüchtigkeit nicht verlangt wurde, hätte es, wenn die Versicherer einen bestimmten, geringeren Grad von Tüchtigkeit des Schiffes sich hätten zusichern lassen wollen, bestimmter Abmachungen über diesen Punkt bedurft. Derartige Abmachungen sind nicht getroffen. Die Versicherer haben — soweit die Tüchtigkeit des Schiffes in Betracht kommt — alle Gefahren übernommen, welchen das Schiff auf der versicherten Reise ausgesetzt war. Dadurch haftet die Versicherungsgesellschaft aus der Versicherung auf Zahlung der geforderten Summe, und es ist für die Entscheidung des Rechtsstreits gleichgültig, ob tatsächlich vor dem Untergang der „Libelle" durch Seegang, Wind und Wetter an das Fahrzeug nur solche Anforderungen gestellt sind, die denen gleich waren, die regelmäßig oder häufig an Fahrzeuge gestellt werden, die auf der einen oder der andern weiter rückwärts gelegenen Strecke des Elbstromes verkehren. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 4. VII. 1912; Annalen des gesamten Versicherungswesens, 22. VIII.

1912, S. 677). Dieses Urteil wurde vom Reichsgericht am 21. IV. 1913 bestätigt. („Hansa“, Deutsche nautische Zeitschrift, Hamburg, 26. IV. 1913, S. 368.)

Verlust des Versicherungsanspruches (deutsches Recht). Ein Elevatornachen war laut Police vom 1. September 1906 versichert worden und ging am 13. März 1907 unter. Der Versicherer ließ ihn heben und sodann bezüglich des entstandenen Schadens durch einen Sachverständigen eine Schätzung vornehmen. Der Versicherte hatte unmittelbar nach dem Unfall Ersatz des ganzen Schadens verlangt, worauf der Versicherer jedoch erwiderte, daß er sich seine Entscheidung vorbehalte. Am 17. Juli 1907 erklärte der Versicherer, daß er jeden weiteren Schadensersatz ablehne. Am 4. Dezember erhob der Versicherte Klage auf Ersatz des ihm entstandenen Schadens. Der Versicherer wandte ein, daß nach § 21 der allgemeinen Versicherungsbedingungen jeder Anspruch aus dem Versicherungsvertrag verloren gehe, wenn er nicht innerhalb 6 Monate nach den Schadensereignissen entweder rechtsgültig von der Gesellschaft anerkannt oder vermittels vollständiger Klage vor den zuständigen Richter gebracht ist. Diese Frist sei aber mit dem 13. September abgelaufen, während die Klage erst am 4. Dezember erhoben worden sei. Zugleich verlangt er Rückzahlung der Hebekosten, gestützt darauf, daß die Klagefrist versäumt worden sei. Das Gericht sprach sich dahin aus, daß eine Versäumnis der Ausschlußfrist zum Rechtsverlust nicht führe, wenn sie unverschuldet sei. Das heiße aber nicht, daß sich die Ausschlußfrist ohne weiteres um die Zeit verlängert, während welcher der Versicherungsnehmer ohne Verschulden die Klageerhebung unterlassen habe. Vielmehr sei zu prüfen, ob nach Beseitigung des Hindernisses, vorliegendenfalls etwa nach der endgültigen Ablehnung der Ersatzpflicht dem Versicherungsnehmer genügend Zeit zur Vorbereitung und Erhebung der Klage verblieben sei. Daher wäre zu untersuchen gewesen, ob die Zeit vom 17. Juli bis zum 13. September ausreichend gewesen wäre, oder ob nicht der Versicherte unter allen Umständen mit seiner Klage zu spät gekommen sei, wenn er diese erst Anfang Dezember erhoben habe. Dagegen sei der Versicherte zur Rückerstattung der Hebekosten an den Versicherer nicht verpflichtet. (Reichsgericht 1. Z.-S. 12. VI. 1912.)

II. Ladungsversicherung.

Verschulden des Versicherten (deutsches Recht). Ein Mühlenbesitzer hatte seine Reistransporte für die Zeit während des Liegens im Hamburger Hafen „inklusive Verholen“ versichert. In der Nacht sprang ein Kahn leck, der sich bei der Mühle befand, um dort gelöscht zu werden. Ein großer Teil der Ladung ging dabei verloren, und der Versicherte verlangte Ersatz des entstandenen Schadens. Der Unfall war dadurch herbeigeführt worden, daß das Wasser in der Nacht weggesunken war, und der Kahn auf einen unter dem Wasser befindlichen Pfahl aufgestoßen war. Der Versicherer machte geltend, daß der Unfall auf ein Verschulden des Versicherten zurückzuführen sei. Das Gericht stellte in erster Linie fest, daß diese Ver-

sicherung nach den Grundsätzen der Transportversicherung zu behandeln sei, und deshalb das Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 zur Anwendung komme. Ein Verschulden des Versicherten im Sinne des § 130 des Versicherungsvertragsgesetzes liege nicht vor. Der Versicherte verstehe, wie er selbst ausgeführt habe, nichts von Wasserbauten, habe aber die Ausführung der betr. Landungsanlage einer bewährten Baufirma übertragen und außerdem noch einen als Autorität anerkannten Wasserbaurat zur sachverständigen Begutachtung der Pläne und Überwachung der Ausführung der Anlage herangezogen. Er habe damit alles getan, was von ihm verlangt werden konnte. Der Versicherer wurde daher zum Ersatz des entstandenen Schadens verurteilt. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 6. XI. 1912: „Deutsche Versicherungs-Zeitung", Berlin, 23. I. 1913, S. 37.)

C. Landtransportversicherung.

Haftung des Versicherers für Regenschäden (deutsches Recht). Eine Partie Baumwollabfälle war bei ihrer Ankunft in Colmar durchnäßt vorgefunden worden. Der Versicherer lehnte den Anspruch des Versicherten auf Ersatz des Schadens mit der Begründung ab, daß er für Regenschäden gemäß § 2 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für Transporte auf Eisenbahnen nicht zu haften habe. Der Versicherte dagegen stellte sich auf den Standpunkt, daß zwar der Versicherer nicht für Schäden, entstanden durch Witterungseinflüsse, hafte; Regenschäden seien jedoch nicht als Witterungseinflüsse zu betrachten. Das Gericht wies den Anspruch des Versicherten mit folgender Begründung ab: Nach § 2 der Bedingungen haften die Versicherungsgesellschaften nicht für den durch Witterungseinflüsse entstandenen Schaden. Der Vorderrichter hat nun unter Zugrundelegung des Gutachtens des in erster Instanz vernommenen Sachverständigen angenommen, daß Regenschäden nicht zu den durch Witterungseinflüsse verursachten Schäden gehören. Dieser Auffassung hat das Berufungsgericht sich jedoch nicht anzuschließen vermocht. Daß zunächst nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch Regeneinflüsse zu den Witterungseinflüssen zu rechnen sind, bedarf keiner weiteren Erörterung. Daß im vorliegenden Falle aber auch die Police dem Sprachgebrauch entsprechend unter Witterungseinflüssen die Regeneinflüsse einbegreift, ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Bestimmungen für den Landtransport und für den Transport von Gütern auf Flüssen und Binnengewässern. In den Bestimmungen für den Transport von Gütern auf Flüssen und Binnengewässern heißt es nämlich: „Die Versicherungsgesellschaft haftet nicht für den Schaden, der durch Regen, Frost, Hitze und überhaupt Witterungseinflüsse entstanden ist." Hier ist also klar und deutlich ausgesprochen, daß der Begriff der Witterungseinflüsse in der üblichen, dem Sprachgebrauch entsprechenden Weise verstanden sein soll, und daß der Regen zu den Witterungseinflüssen zu rechnen ist. Es fehlt aber an jedem Anhalt dafür, daß in einer und derselben Police das gleiche Wort einmal den im Sprachgebrauch üblichen

Sinn haben soll, ein anderes Mal unter Zugrundelegung einer engeren und vom Sprachgebrauch abweichenden Auslegung verstanden werden müsse. Dafür, daß das nicht der Sinn der Police sein kann, sprechen auch die allgemeinen Versicherungsbestimmungen für den Seetransport, in denen zunächst gleichfalls nur der durch Witterungseinflüsse herbeigeführte Schaden ausgeschlossen ist, während dann der durch Feuchtigkeit, Schimmel und Fäulnis entstandene Schaden, also derjenige Schaden, bei dem die Feuchtigkeit nicht durch Witterungseinflüsse, sondern z. B. durch die Beschaffenheit des Schiffes entstanden ist, nochmals besonders abgelehnt wird. Die Auslegung der Versicherungspolice ergibt nun schon an sich ausreichend, daß Regenschäden zu den Schäden durch Witterungseinflüsse gehören, und daß die Versicherer für diese Schäden nicht haften, und es bedarf daher des von den Versicherern angetretenen Sachverständigengegenbeweises nicht. (Kammergericht Berlin, 27. II. 1912.)

D. Rückversicherung.

Herausgabe des Garantiefonds bei Rückversicherungen (deutsch. Recht). Die Versicherungsgesellschaft „Nadeshda" in St. Petersburg, die eine Zweigniederlassung in Hamburg besaß, hatte mit der Firma H. und F. in Hamburg einen Vertrag abgeschlossen, wonach diese Firma für die russische Gesellschaft Rückversicherungsverträge vermitteln sollte. Der Vertrag bestimmt, daß H. und F. von der „Nadeshda" autorisiert werden, für alle durch sie vermittelten Geschäfte die Prämien bis zu 50 % der jeweiligen vier letzten Quartale als Garantiefonds bei sich einzubehalten. Ferner sollten H. und F. ermächtigt sein, die weiteren Eingänge bis zu weiteren 50 % in gleicher Weise zurückzuhalten, um die fälligen Schäden zu bezahlen. Bei Erschöpfung des letzteren Guthabens verpflichtete sich die russische Gesellschaft bar zu zahlen, so daß der Garantiefonds nicht angegriffen werden muß. Anderseits sollten H. und F. die Überschüsse an die „Nadeshda" abführen. 1908 geriet die „Nadeshda" in Zahlungsschwierigkeiten, und der russische Liquidator untersagte der Firma H. und F. vorläufig, weitere Zahlungen zu leisten. Am 9. XII. 1908 wurde über die Hamburger Zweigniederlassung der Konkurs eröffnet, und der Konkursverwalter verlangte von H. und F. die Herausgabe des Garantiefonds, der sich noch in deren Händen befand. Diese lehnten die Herausgabe ab, mit der Begründung, daß diese Gelder zur Sicherung derjenigen Versicherten bestimmt seien, welche durch ihre Vermittlung mit der „Nadeshda" Rückversicherungsverträge abgeschlossen hätten. Dagegen stellte sich der Konkursverwalter auf den Standpunkt, daß der zwischen der „Nadeshda" und H. und F. abgeschlossene Vertrag nur ein Auftragsvertragsverhältnis begründet habe, das jederzeit widerrufen werden könne. Das Hanseatische Oberlandesgericht vertrat den Standpunkt, daß H. und F. als Treuhänder zu betrachten seien und deshalb zur Herausgabe des Garantiefonds an die „Nadeshda" oder deren Konkursverwalter nicht verpflichtet seien. Das Reichsgericht hob das Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts auf und wies die Klage an dieses zurück, damit

untersucht werde, ob zur Zeit noch Versicherungsverträge laufen, welche durch Vermittlung von H. und F. zwischen der „Nadeshda" und anderen Versicherungsgesellschaften abgeschlossen worden seien. Falls derartige Verträge noch laufen, so könne der Garantiefonds nicht herausgegeben werden. Dagegen seien H. und F. zur Herausgabe verpflichtet, wenn derartige Vertragsverhältnisse nicht mehr bestehen. (Reichsgericht, 25. I. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 29. V. 1913, S. 129.)

E. Valorenversichernng.

Feststellung des Schadens (franz. Recht). Eine Sendung Juwelen war durch eine Generalpolice gegen alle Gefahren des Transports inkl. Diebstahlsrisiko zum Werte von 18 000 Frs. versichert worden. Die Police enthielt die Klausel, daß der Versicherer auch die Haftung für alle im Konnossement enthaltenen Klauseln übernehme, ohne daß ihm diese vom Versicherten vorher bekannt gegeben werden müssen. Im Konnossement war der Wert der Juwelen auf 3000 Frs. angegeben. Bezüglich der Wertfeststellung enthielt die Police die Klausel „vaille que vaille". Bei der Ankunft im Bestimmungshafen war das Kollo verschwunden, und der Versicherte verlangte Auszahlung des gesamten Schadens von 18 000 Frs. Der Versicherer wollte dagegen, gestützt darauf, daß der Wert des Kollos im Konnossement nur mit 3000 Frs. angegeben war, auch nur diesen Betrag an den Versicherten auszahlen. Der Richter verurteilte jedoch den Versicherer zur Bezahlung der vollen 18 000 Frs., indem er anführte, daß der Versicherungsvertrag vom Konnossement völlig unabhängig sei, und daß die Rechte und Pflichten des Versicherers und des Versicherten nur durch die Bedingungen der Police geregelt werden. Im vorliegenden Fall habe der Versicherer außerdem ausdrücklich jede Haftung aus den Konnossementsklauseln übernommen, ohne in deren Inhalt Einsicht zu verlangen. Er könne sich daher nicht darauf berufen, daß im Konnossement ein geringerer Wert des Kollos angegeben sei. Anderseits schaffe die Klausel „vaille que vaille" eine Präsumtion für die Richtigkeit der Angabe des Versicherungswertes durch den Versicherten. Dem Versicherer liege daher der Beweis dafür ob, daß der angegebene Versicherungswert nicht richtig sei. (Appellhof Bordeaux, 17. VI. 1912: „Argus", 22. IX. 1912, S. 602.)

„Titanic"-Katastrophe. Der Untergang des Dampfers „Titanic" ist durch einen vor kurzem gefällten Spruch des englischen Gerichts für einen Fall höherer Gewalt erklärt worden. Die englische Postverwaltung leistet daher für die bei dem Unfall in Verlust geratenen Einschreibsendungen keinen Ersatz; sie ist auch nicht in der Lage, Ansprüche gegen die Eigentümer der „Titanic" geltend zu machen. Die Postverwaltungen Deutschlands, Österreich-Ungarns und anderer kontinentaler Länder haben die gleiche Erklärung abgegeben.

(Schluß folgt.)

Entscheidungen auf dem Gebiet des Feuerversicherungswesens.

Von A. Petersen, Regierungsrat im Kaiserl. Aufsichtsamt für Privatversicherung (Berlin).

Anzeigepflicht.

Soweit die auf dem Gebiet der Feuerversicherung ergangenen Urteile, welche die Verletzung der Anzeigepflicht betreffen, von allgemeinerer Bedeutung sind, wurden sie bereits in der Übersicht Bd. XIII., Seite 245 ff. erwähnt. Außer den dort angeführten kommen noch einige Entscheidungen in Betracht, welche speziell für die besonderen Verhältnisse der Feuerversicherung Interesse beanspruchen:

a. Unrichtige Bezeichnung des Eigentümers.

Das Verschweigen eines bestehenden Eigentumsvorbehalts an einer gekauften Sache wurde vom Berufungsgericht nicht als eine unrichtige Beantwortung angesehen, da die betreffende Vereinbarung eine *auflösende* Bedingung enthalte. Dieser Standpunkt wurde vom RG. gebilligt (Urteil vom 20. II. 1912, Wallmanns VZ. 1912, S. 1465).

Drei Schwestern wollten jede ihre Mobilien versichern. Der Agent veranlaßte die älteste, den Vertrag für sämtliche Sachen auf ihren Namen abzuschließen. Unter diesen Umständen wurde in der unzutreffenden Angabe der Eigentumsverhältnisse kein Verschulden erblickt (Urteil des Kammergerichts vom 3. XI. 1911, Ver. A. f. P. 1912,* S. 77).

Der Kläger hatte die Frage nach früheren Brandschäden verneint. Dies war objektiv unrichtig, da er als Mitinhaber der Firma X auch Mitinhaber eines dieser gehörigen verbrannten Automobils war. Das Gericht hielt ihn jedoch wegen ungenügender Fragestellung im Antragsformular für entschuldigt und verneinte das Rücktrittsrecht der beklagten Gesellschaft (Urteil des Kammergerichts vom 21. IV. 1911, Ver. A. f. P. 1911,* S. 118).

b. Unrichtige Belehrung durch den Agenten.

Die Entschädigungsklage wurde in allen Instanzen abgewiesen. Der Kläger hatte einen früheren Brandschaden verschwiegen, nachdem ihm der Agent erklärt hatte, es komme nur darauf an, ob er schon in seinem Geschäftslokal als Kaufmann einen Schaden gehabt habe. Der frühere Schaden in der Landwirtschaft des Klägers sei ohne Bedeutung. Der Kläger hätte nach Ansicht der Gerichte erkennen müssen, daß es dem Agenten nicht um sachgemäße Aufklärung, sondern nur darum zu tun war, die Versicherung zustande zu bringen (Urteil des RG. vom 6. XII. 1912, Wallmanns VZ. 1912/13, S. 889).

Versicherungsinteresse bei Kauf unter Vorbehalt des Eigentums.

Nach § 1983 Teil II Titel 8 ALR. ist ohne ein der genommenen Versicherung entsprechendes Interesse die Versicherung unwirksam. In dem vom RG. am 14. Juni 1910 (Wallmanns VZ. 1911 S. 1665) entschiedenen Fall hatte der Pächter eines Landgutes von der Klägerin eine Ergomobile mit Dreschmaschine gekauft. Die Verkäuferin hatte sich das Eigentum bis zur Zahlung des Kaufpreises vorbehalten. Die Maschine war bei der Beklagten gegen Feuersgefahr versichert und die erste Prämie bezahlt worden. Kurz danach brach Feuer auf dem Landgut aus, der Pächter geriet in Konkurs. Die Rechte aus dem Versicherungsvertrag wurden vom Konkursverwalter der Klägerin abgetreten, welche Entschädigung von der Beklagten verlangte. In erster Instanz wurde die Klage abgewiesen. Das Berufungsgericht verurteilte jedoch die Beklagte in der Erwägung, der Pächter habe trotz des Eigentumsvorbehalts der Klägerin ein Versicherungsinteresse gehabt, denn die Gefahr sei mit der Übergabe der Maschine auf ihn übergegangen. Die Revision wurde zurückgewiesen. Das RG. läßt die sehr bestrittene Frage, welcher der Kontrahenten beim Kauf unter Vorbehalt des Eigentums die Gefahr zu tragen hat, dahingestellt, da auf jeden Fall das Vorhandensein eines der genommenen Versicherung entsprechendes Interesse auf Seiten des Käufers zu bejahen sei. Der Käufer trete immerhin schon in rechtliche und wirtschaftliche Beziehung zu der ihm übergebenen Sache. Er werde deren Verwalter und Verwahrer. Er schließe den Kaufvertrag in der Absicht, den Eigentumsvorbehalt des Verkäufers zu beseitigen und Eigentum an der gekauften Sache zu erwerben. Er habe also schon ein eventuelles Eigentumsinteresse. Dem könne nicht etwa entgegengehalten werden, daß bei eintretendem Feuerschaden in der Schwebezeit der Käufer, wenn er die Gefahr des Untergangs nicht zu tragen habe, durch Erlangung der Versicherungssumme ungerechtfertigt bereichert würde, denn bei der zwischen dem Verkäufer und dem Käufer notwendig werdenden Auseinandersetzung würde hinsichtlich der Versicherungssumme eine entsprechende Ausgleichung einzutreten haben.

Doppelversicherung. — Überversicherung.

1. Ruhen der Entschädigungspflicht. — Erstattung der Kosten eines Vorprozesses. Urteil des OLG. Hamburg vom 11. XII. 1911 (Wallmanns VZ. 1912 S. 1775) und des RG. vom 21. V. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 129).

Der Kläger hatte seine Villa 1906 bei der Beklagten mit 20 000 M. und 1908 bei der Landesbrandkasse mit 20 600 M. versichert. Einige Monate nach Abschluß der zweiten Versicherung brannte die Villa ab. Kläger nahm zunächst die Landesbrandkasse in Anspruch, wurde jedoch bis auf einen Betrag von 600 M. abgewiesen (Näheres über die Entscheidung dieses Vorprozesses siehe unten). Daraufhin verlangte Kläger von der Beklagten Entschädigung und Erstattung der Kosten des Vorprozesses, wurde jedoch in erster Instanz wiederum abgewiesen, da nach § 5 der Bedingungen bis zur schriftlichen Genehmigung der Gesellschaft deren Entschädigungspflicht ruhe, wenn der Versicherte im Laufe der Versicherung die versicherten Gegenstände

noch anderweitig versichere. Das Berufungsgericht dagegen verurteilte die Beklagte nach Antrag. Es legt die erwähnte Klausel dahin aus, unter „anderweitige Versicherung“ sei nicht schon die äußere Tatsache des Abschlusses eines weiteren Versicherungsvertrages zu verstehen. Letzterer schließe daher die Entschädigungspflicht der Beklagten nicht aus, wenn die anderweitige Versicherung ungültig sei oder doch eine Klausel enthalte, auf Grund deren unter den Beteiligten nachträglich die Ungültigkeit durch Richterspruch festgestellt werde, wie dies vorliegend geschehen sei. Die Klage auf Entschädigung sei daher gerechtfertigt, ebenso aber auch der Anspruch auf Erstattung der Kosten des verlorenen Prozesses, da dieser sich als eine mittelbare Folge des Brandschadens darstelle. Dafür, daß der Kläger zunächst die Landesbrandkasse verklagte, sei die Haltung der Beklagten wesentlich mitbestimmend gewesen und dadurch, daß die Beklagte im Vorprozeß dem Kläger als Nebenintervenientin beitrat, habe sie die Art seines Vorgehens gebilligt.

Das Reichsgericht hob dieses Urteil in vollem Umfang auf, wies die Klage auf Erstattung der Prozeßkosten ab und die Sache im übrigen an das Berufungsgericht zurück. Der Anspruch auf Erstattung der Prozeßkosten entbehre jeder Begründung. Weder aus den Versicherungsbedingungen noch aus einem sonstigen Rechtsgrund, insbesondere nicht unter dem Gesichtspunkt des Auftrags, sei dieses Verlangen gerechtfertigt. Auch damit, daß die Beklagte das Vorgehen des Klägers gegen die Landesbrandkasse billigte, habe sie irgendeine Erstattungspflicht wegen der Prozeßkosten nicht übernommen. Die Auslegung, welche der Berufungsrichter dem § 5 der Bedingungen gegeben habe, verstoße in ihrer Begründung gegen § 286 ZPO. Der Berufungsrichter habe sich zu Unrecht im wesentlichen auf die Betrachtung des Falles beschränkt, wie er sich für den Kläger durch den ungünstigen Ausgang des Vorprozesses gestaltet habe. Auszugehen sei jedoch von dem Inhalt des § 5, und danach seien nicht die nach und aus einer anderweitigen Versicherung eintretenden Ergebnisse maßgebend, sondern die Tatsache eines neben dem laufenden Versicherungsverhältnis der Parteien erfolgten Abschlusses eines neuen Versicherungsvertrages mit einem anderen Versicherer. Außer der ungenügenden Berücksichtigung des Inhalts und des Wortlauts der Bedingungen rügt das Reichsgericht, daß der Vorderrichter es unterlassen habe, auf die Gründe einzugehen, die zu dem für den Kläger im wesentlichen ungünstigen Ausgang des Vorprozesses geführt haben, obwohl dies zur erschöpfenden Würdigung des Falles notwendig sei.

Die nochmalige Verhandlung vor dem Berufungsgericht führte zur Zurückweisung der Berufung des Klägers gegen das klagenbeweisende Urteil der ersten Instanz (Urteil vom 7. II. 1913). In den Gründen wird erklärt, daß das Gericht in seiner nunmehrigen Besetzung sich für die entgegengesetzte Auslegung der Bedingung wie früher entscheide, wenn auch — wie die Urteilsbegründung gewissermaßen als Erwiderung auf die entsprechende Rüge des Revisionsurteils ausführt — der Wortlaut der Klausel weder für noch gegen die vom Berufungsgericht in seinem früheren Urteil vertretene Auslegung zu verwerten sei.

Das Reichsgericht hat sein Urteil in dieser Sache mit im wesentlichen gleichen Erwägungen begründet wie die Entscheidung des Vorprozesses, welcher ebenfalls bis zur Revisionsinstanz gelangt war (Urteil vom 25. X. 1910; Wallmanns VZ. 1910/11 S. 625). Auch die in diesem Rechtsstreit beklagte Landesbrandkasse bestritt ihre Ersatzpflicht ebenfalls unter Berufung auf das in ihrem Reglement enthaltene Verbot der Doppelversicherung, eine Bestimmung, welche im wesentlichen mit der entsprechenden Klausel des anderen Versicherers gleich lautete. Das Landgericht hatte hier die Klage dem Grund nach für gerechtfertigt erklärt, das Berufungsgericht wies, wie bereits oben erwähnt, die Klage bis auf einen Betrag von rund 600 M. ab unter Hinweis auf den Wortlaut der Bestimmung, „der klar und eindeutig den Verlust des Ersatzanspruchs lediglich an die objektive Tatsache einer zur Zeit des Brandes anderweit bestehenden Versicherung knüpfe". Dieser Standpunkt wird vom RG. gebilligt. Beide Gerichte weisen dann noch darauf hin, wenn man dem Standpunkt des Klägers folge, so würde es von dessen Belieben abhängen, welcher von beiden Versicherungsverträgen als wirksam und welcher als unwirksam zu betrachten sei, je nach dem zufälligen Umstand, ob er zuerst diesen oder zuerst jenen Versicherer in Anspruch nehme.

2. Doppelversicherung oder subsidiäre Versicherung? (RG. vom 18. II. 1913, Deutsche Versicherungszeitung 1913 S. 104, Annalen d. ges. V. W. 1913 S. 213.)

Von der Klägerin A. waren mehrere Tausend Felle einer Firma B. zum Färben übergeben worden und dort verbrannt. Die Firma hatte alle in ihrem Besitz befindlichen Rauchwaren, auch wenn sie fremdes Eigentum seien, bis 100 000 M. versichert, „sofern die fremden Rauchwaren nicht durch andere Versicherung gedeckt seien". Die Klage der A., als Zessionarin der Firma B., gegen die Gesellschaft war in erster Instanz von Erfolg. Dagegen erkannten das Berufungs- und das Revisionsgericht zu Ungunsten der Klägerin. Die Berufungsinstanz stellte fest, es liege unstreitig eine Doppelversicherung vor, denn die verbrannten Felle seien, bevor sie in den Gewahrsam der mit dem Färben beauftragten Firma B. gelangten, bereits bei einer anderen Feuerversicherungsgesellschaft in Höhe von 40 000 M. außenversichert gewesen. Das klageabweisende Urteil des Berufungsgerichts wurde bestätigt mit der Begründung, die Felle seien bei der Beklagten nur für den Fall versichert worden, daß nicht bereits auf Grund einer anderen Versicherung für sie Ersatz verlangt werden könne. Sowohl aus dem Wortlaut, wie aus dem Zweck und Anlaß des Versicherungsvertrages folge, daß die Versicherung bei der Beklagten eine subsidiäre habe sein sollen.

3. Strafbarkeit der Doppelversicherung und der Überversicherung.

In einem Beschluß des Kammergerichts (Strafsenat) vom 30. VI. 1910 (Ver. A. f. P. 1911* S. 35) wurde entschieden, daß die §§ 2 und 24 des preußischen Gesetzes über das Mobiliarversicherungswesen, betr. die Strafbarkeit der Doppelversicherung, durch das VVG. beseitigt seien. Hervorzuheben ist besonders, daß sich diese Erkenntnis

auf einen Fall bezieht, der bereits im Jahre 1909 eingetreten war. Da jedoch die Aburteilung unter der Herrschaft des neuen Rechts stattfand, so sei dieses letztere, als das mildere, anzuwenden (§ 2 Abs. 2 StGB).

Ganz übereinstimmend hiermit hat das Reichsgericht mit ausführlicher Begründung ausgesprochen, daß § 21 des eben erwähnten Gesetzes, der von der Strafbarkeit der Überversicherung handelt, auf einen unter der Herrschaft des VVG. abgeschlossenen Versicherungsvertrag keine Anwendung findet (Urteil des III. Strafsenats vom 24. VI. 1911; Ver. A. f. P. 1912* S. 35). In der Begründung wird besonders hervorgehoben, daß das frühere preußische Recht mit dem Begriff „Überversicherung" einen ganz anderen Sinn verbindet als das VVG. (§ 51).

4. Versicherung des Eigentümerinteresses durch den Mieter.

Bei einer Versicherung des Eigentümerinteresses durch den Mieter hat das OLG. Colmar in dem Urteil vom 3. IV. 1912 (Ver. A. f. P. 1913* S. 37) einen Vertrag zugunsten des Eigentümers als vorliegend angesehen. Außer dieser Versicherung bei der Versicherungsbank X bestand noch eine andere, die der Eigentümer bei der Gesellschaft M genommen hatte, ohne daß die beiden Versicherer voneinander wußten. Die Klage des Eigentümers war nur gegenüber des X von Erfolg.

Kündigung. — Besitzwechsel.

1. Kündigung ohne Zustimmung des Hypothekengläubigers. Urteil des OLG. Hamburg vom 3. VI. 1909 (Ver. A. f. P. 1912* S. 79).

Das LG. hatte die Kündigung als unwirksam angesehen, weil ihr die vorgesehene Zustimmung des Hypothekengläubigers nicht beigefügt war. Das Berufungsgericht entschied entgegengesetzt. Die Kündigung war erfolgt am 1. Juni zum 1. September. Erst nach dem 15. September wurde die Genehmigung des Hypothekengläubigers beigebracht. Diese Verspätung bezeichnet das BG. als unerheblich, denn der Versicherer sei nach Treu und Glauben verpflichtet gewesen, wenn er die Kündigung nicht gelten lassen wollte, auf den Mangel alsbald hinzuweisen. Da er dies nicht getan habe, so sei die Wirksamkeit der Kündigung zunächst in der Schwebe geblieben und die nachträgliche Zustimmung habe auf den Zeitpunkt der Kündigung zurückgewirkt.

2. Muß der Erwerber eines versicherten Grundstücks bei der Kündigung nach § 70 VVG. die Einwilligung der Hypothekengläubiger nachweisen?

Diese Frage wurde in einem Fall, bei welchem ausschließlich das neue Recht zur Anwendung kam, in beiden Instanzen verneint (Urteil des OLG. Marienwerder vom 14. I. 1913; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 1038 ff., Ver. A. f. P. 1913* S. 86). Das Berufungsgericht stellt fest, daß der Verkäufer des Grundstücks sich ausdrücklich, auch der Versicherungsgesellschaft gegenüber, verpflichtet hatte, nicht ohne die



Genehmigung der Hypothekengläubiger zu kündigen, und zwar bilde diese Erklärung einen integrierenden Bestandteil des Versicherungsvertrags. Gleichwohl werde aber das Recht des Erwerbers, die Versicherung gemäß den Vorschriften der §§ 69 bis 73 zu kündigen, hierdurch nicht beschränkt, denn von der Vorschrift des § 70 könne nicht durch Vertrag zum Nachteil des Erwerbers abgewichen werden (§ 72 VVG.). Eine Benachteiligung des Erwerbers würde aber darin liegen, wenn sein ihm gesetzlich zustehendes Kündigungsrecht dadurch beschränkt werden könnte, daß er nur mit Zustimmung der Hypothekengläubiger solle kündigen dürfen.

Dem Urteil des OLG. ist durchaus beizutreten. Der entgegengesetzte Standpunkt der Klage beruht auf einer Verwechslung des gesetzlichen Kündigungsrechts des Erwerbers mit dem vertraglichen Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers. Der Sinn der gesetzlichen Vorschriften ist zweifellos der, daß der Erwerber zwar zunächst in das Vertragsverhältnis eintritt, daß es aber völlig in seinem freien Belieben steht, ob er endgültig darin bleiben will. Ist dies nicht seine Absicht, so kann er kündigen, und da er sein Kündigungsrecht ebenso wie den Eintritt in das Versicherungsverhältnis unmittelbar aus dem Gesetz ableitet, so ist es selbstverständlich, daß ihm dieses Recht nicht durch irgendwelche Vereinbarungen der Parteien des Versicherungsvertrags entzogen oder eingeschränkt werden kann. Erst wenn er die gesetzliche Kündigungsfrist des § 70 Abs. 2 hat verstreichen lassen, steht er dem Versicherer und den Hypothekengläubigern genau so gegenüber, wie sein Rechtsvorgänger.

Als nicht zutreffend zu bezeichnen ist aus diesen Gründen die entgegengesetzte Entscheidung des Amtsgerichts Lübeck vom 24. I. 1913 (Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 224).

Mit einer neuerdings aufgetauchten, das Kündigungsrecht des Erwerbers betreffenden Streitfrage beschäftigen sich die Urteile des Amtsgerichts Merseburg vom 26. IV. 1912 und des Landgerichts Halle vom 17. VI. 1912 (Wallmanns VZ. 1912 S. 2121; Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1912 S. 496), nämlich:

3. Kann das Kündigungsrecht des Erwerbers eines bei einer Sozietät versicherten Gebäudes durch die Satzung der Sozietät ausgeschlossen werden?

Die Frage wird in beiden Instanzen bejaht. Das Amtsgericht führt aus, auf die bei der Sozietät genommene Versicherung finden zufolge § 192 Abs. 2 VVG. die Beschränkungen des VVG. über die Vertragsfreiheit keine Anwendung. Daher gelte auch die in § 72 S. 1 enthaltene Beschränkung nicht, und anstatt des § 70 Abs. 2 VVG., woraus Kläger sein Kündigungsrecht herleite, gelte das Reglement der Sozietät vom 5. VIII. 1838, welches Gesetzeskraft habe. Die Begründung des landgerichtlichen Urteils weicht insofern von dem der ersten Instanz etwas ab, als es die Frage, ob das Reglement Gesetzeskraft oder nur vertraglichen Charakter hat, unerörtert läßt und sich lediglich auf den Gesichtspunkt beschränkt, daß das Reglement das

Kündigungsrecht des Erwerbers in zulässiger Weise ausschließe, da § 70 Abs. 2 VVG., woraus Kläger sein Kündigungsrecht herleite, eine Beschränkung der Vertragsfreiheit darstelle und daher auf den vorliegenden Versicherungsvertrag keine Anwendung finde. Erst durch die Vorschrift des § 72 S. 1 VVG. werde „etwa anders lautenden Bestimmungen des Versicherungsvertrags ihre rechtliche Kraft genommen, während sonst der Erwerber vermöge der grundsätzlich herrschenden Vertragsfreiheit an den Versicherungsvertrag gebunden sein würde“.

Die in diesen Urteilen erörterte Frage beansprucht ein großes aktuelles Interesse, da der in ihnen vertretene Standpunkt Voraussetzung ist für die Gültigkeit der neuen, ministeriell genehmigten Normativbedingungen der preußischen Sozietäten, welche die Kündigungsrechte der Anstalt *und des Erwerbers* auf Versicherungen beschränken, zu deren Annahme die Anstalt nicht verpflichtet ist (§ 12 Nr. 3: „Die Anstalt und der Erwerber sind berechtigt, die Versicherung mit einmonatiger Frist zu kündigen, wenn es sich um Versicherungen handelt, zu deren Annahme die Anstalt nicht verpflichtet ist....“).[1] Gegenüber der Begründung der vorstehenden Urteile ist mit Recht bemängelt worden, daß der springende Punkt, nämlich ob wirklich die vereinbarte Beschränkung des Kündigungsrechts des Erwerbers als ein Ausfluß der „Vertragsfreiheit“ angesehen werden kann, nicht ausreichend erörtert und begründet worden ist.

Gegen die Auffassung des Landgerichts ist m. E. folgendes geltend zu machen: Das LG. führt aus, wenn § 72 nicht existierte, wären die Parteien des Versicherungsvertrags nicht gehindert, das Kündigungsrecht des Erwerbers auszuschließen „vermöge der grundsätzlich herrschenden Vertragsfreiheit“. Hier ist aber verkannt, daß das Recht der Vertragsparteien, die Bedingungen des Vertrags nach ihrem Belieben zu normieren, in seiner Wirksamkeit nicht über die Person der Kontrahenten hinausreichen kann. Durch einen obligatorischen Vertrag können nur für die Vertragsparteien selbst, nicht für dritte Personen, Verbindlichkeiten begründet werden. Die „Vertragsfreiheit“ geht nicht so weit, daß durch einen Vertrag zwischen A und B dem C Verpflichtungen auferlegt werden können. (Dieser an sich selbstverständliche Satz ist im BGB. noch besonders zum Ausdruck gebracht im § 305, wonach zur Begründung eines Schuldverhältnisses ein Vertrag *zwischen den Beteiligten* erforderlich ist, soweit nicht das Gesetz ein anderes vorschreibt.) Nur das *Gesetz* kann daher, wie dies in § 69 VVG. geschehen ist, bestimmen, daß der Erwerber eines versicherten Grundstücks in den Versicherungsvertrag eintritt, und wenn die Versicherungsbedingungen ein gleiches tun, so haben sie für den

[1] *Schneider* und *Könige* (L. Z. 1912, S. 747) vertreten allerdings die Ansicht, daß durch diese Bestimmung dem Erwerber das Kündigungsrecht aus § 70 VVG. nicht habe beschränkt werden sollen. Es liege nur eine Ungenauigkeit im Ausdruck vor. Jene Bedingung beziehe sich allein auf das Recht der Anstalt. — Indessen scheint man, wie aus dem erwähnten Urteil und einigen Veröffentlichungen in den Fachzeitschriften hervorgeht, auf Seiten der Sozietäten doch entgegengesetzter Ansicht zu sein.



Erwerber eben nur insoweit verbindliche Kraft, als schon das Gesetz ihm eine solche Verpflichtung auferlegt. Hieraus folgt aber weiter: Ebensowenig wie die Parteien den Eintritt des Erwerbers durch Vertrag vereinbaren könnten, wenn nicht das Gesetz solches bestimmte, ebensowenig können sie den Umfang der Verpflichtung des *kraft Gesetzes* in den Vertrag eingetretenen Erwerbers über das Gesetz hinaus erweitern. Nichts anderes als den Versuch einer solchen Erweiterung bedeutet aber die Vereinbarung, daß der Erwerber kein Kündigungsrecht haben soll, indem hier die im Gesetz nur als eine vorläufige und durch Unterlassung der Kündigung bedingte Verpflichtung zum Eintritt zu einer unbedingten und endgültigen gemacht wird. Die Vorschrift des § 72 Satz 1 VVG. ist für *diese* Frage ganz unerheblich: In einem Versicherungsvertrag mit einer privaten Versicherungsanstalt würde das Kündigungsrecht des Erwerbers selbst dann nicht ausgeschlossen werden können, wenn jenes gesetzliche Verbot *nicht* existierte, weil es sich eben nicht um eine Verpflichtung eines der Kontrahenten, sondern eines Dritten handelt. Die Unwirksamkeit einer solchen Vereinbarung ergibt sich also nicht erst aus der in § 72 Satz 1 vorgesehenen „Beschränkung der Vertragsfreiheit", sondern aus der Unmöglichkeit, durch einen obligatorischen Vertrag über die Personen der Kontrahenten hinaus in die Rechtssphäre eines Dritten einzugreifen. Dieser Grundsatz gilt aber für die bei einer Sozietät genommene Versicherung ebenso wie für den Vertrag mit einer privaten Versicherungsunternehmung.

4. Wann beginnt für den Erwerber die Kündigungsfrist nach § 70 VVG.?

Nach einer Entscheidung des Landgerichts Ostrowo vom 19. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 1081) ist maßgebend der Tag der Übergabe des gekauften Grundstücks, nicht erst der des formellen Eigentumsübergangs (Auflassung), da mit dem Augenblick der Übergabe auch die Gefahr auf den Käufer übergehe. Das Urteil verweist auf ein Erkenntnis des RG. vom 5. VI. 1903 (Ver. A. f.P. 1904* S. 39).

Den gleichen Standpunkt vertritt mit der nämlichen Begründung ein Urteil des AG. Erfurt vom 10. IV. 1913 (Wallmanns VZ. 1913 S. 2193), ebenso ein Urteil des LG. Hannover vom 28. III. 1913 (vgl. unten).

Für die umgekehrte Ansicht, daß nämlich der Zeitpunkt der Auflassung maßgebend sei, haben sich dagegen ausgesprochen die Urteile des AG. Hannover vom 23. X. 1912, AG. Danzig vom 18. X. 1912 und LG. Danzig vom 19. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1913 S. 1460 ff.).

In dieser bestrittenen Frage dürfte der letzterwähnten Auffassung der Vorzug zu geben sein, denn die entgegengesetzte ist nicht in Einklang zu bringen mit dem Wortlaut des § 69 VVG., wo ausdrücklich die Rechte und Pflichten des Erwerbers aus der Versicherung zeitlich beschränkt sind auf die Dauer seines Eigentums. Es liegen keine ausreichenden Gründe für die ungewöhnliche Annahme vor, daß der Gesetzgeber in § 70 mit dem Begriff „Erwerb" einen anderen Sinn verbunden habe als sonst.

Gefahrerhöhung. — Veränderungsanzeige.

1. Anbringen eines Gasbrenners in einem Raum, in dem mit Benzol gearbeitet wird. (RG. vom 20. IX. 1912; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 306).

Die Klägerin wurde in allen Instanzen mit ihrem Entschädigungsanspruch abgewiesen, weil zur Zeit des Brandes die Versicherung wegen der Gefahrerhöhung geruht habe und außerdem, weil die den Brand herbeiführende Explosion durch grobe Fahrlässigkeit des Geschäftsführers verursacht worden sei.

2. Errichtung einer Zimmerwerkstatt. (RG. vom 18. X. 1912; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 665.)

In erster Instanz war die beklagte Gesellschaft zur Entschädigung verurteilt worden. Das klageabweisende Urteil des Berufungsgerichts wird vom RG. gebilligt. Die Beweisaufnahme hatte ergeben, daß in dem aus Holz hergestellten Fabrikschuppen, in welchem der Fabrikbetrieb (Herstellung von Zementwaren auf kaltem Wege) seit Monaten ruhte, eine Werkstatt eingerichtet worden war, in welcher Holzarbeiten ausgeführt wurden, die mit dem Betrieb der Fabrik nichts zu tun hatten und die, zumal bei ihnen Hobelspäne gefallen waren, die Feuergefährlichkeit erheblich vermehrt hatten.

3. Lagerung größerer Mengen Petroleum. (OLG. Colmar vom 9. V. 1912; Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 60.)

Die Entschädigungsklage ist abgewiesen worden mit Rücksicht auf eine Bestimmung der Police, daß der Vorrat 50 Liter nicht übersteigen dürfe.

4. Herstellung von Terpentinersatzmitteln. (OLG. Stuttgart vom 3. XII. 1912. Aktenzeichen: 549/12.)

Die beklagte Gesellschaft wurde in beiden Instanzen verurteilt. Kläger hatte nach Anleitung durch einen Chemiker Versuche gemacht zur Herstellung von Terpentinersatzmitteln mittels Lösens fettsaurer Tonerde in erwärmtem Erdöl. Kläger habe bei Anwendung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt die Herstellung nach Maßgabe der Belehrung als nicht gefahrerhöhend ansehen dürfen. Eine grobe Fahrlässigkeit sei nicht nachgewiesen und gegen die Vorschrift, daß im Versicherungslokal keine „Ölkocherei" stattfinden dürfe, habe Kläger nicht verstoßen, da zwischen Erwärmen und Kochen ein Unterschied zu machen sei.

5. Muß der versicherte Ehemann anzeigen, daß Gütertrennung stattgefunden, und daß er die Versicherungsobjekte an seine Ehefrau abgetreten hat? (Urteil des RG. vom 20. V. 1913; Stallmanns VZ. 1913 S. 2321.)

Die Unterlassung der Anzeige wurde im vorliegenden Fall in allen Instanzen für unerheblich erklärt. Das BG. hatte ausgeführt, daß der Eigentumswechsel nur dann etwa als erheblich hätte angesehen werden können, wenn Anzeichen betrügerischen Verhaltens oder völlige Überschuldung bei Abschluß des Gütertrennungsvertrags vorgelegen hätten. (Schluß folgt).

Sprechsaal.

Der Reservencharakter des Gewinnvortrags bei den Aktiengesellschaften für Sachversicherung.

Von Prof. Dr. phil. et jur. Richard Passow (Aachen).

Im Jahrgang 1913 (S. 565 ff.) dieser Zeitschrift veröffentlicht *Renfer* einen interessanten Aufsatz über *»Die Reserven der Aktiengesellschaften für Sachversicherung«*. Wie aus seinen Zitaten hervorgeht, stimmen die Grundgedanken seiner Ausführungen in den meisten Punkten mit der Auffassung überein, die auch ich in meinem Buche »Die Bilanzen der privaten Unternehmungen, mit besonderer Berücksichtigung der Aktiengesellschaften usw.« (Leipzig 1910) vertreten habe.[1] An einer Stelle (S. 600 f.) dagegen wendet er sich gegen die auch von mir verfochtene Ansicht, daß auch der »Vortrag auf neue Rechnung« eine Reserve darstelle. Der Gewinnvortrag stelle vielmehr »einen Betrag dar, der allerdings nicht verteilt wird, der aber — wie dies der Name schon sagt — nicht aufhört, Reingewinn oder Reinertrag zu sein. Nur ganz vorübergehend ist er unverteilbar; denn schon im angefangenen Geschäftsjahre ist er wieder verwendbar. Er wurde also nie Zusatzkapital, Gesellschaftsvermögen, sondern blieb vorübergehend unverteilbarer Geschäftsgewinn; daher ist er keine Reserve, weder eine echte noch eine unechte«.

Diese — auch sonst in der Literatur häufig vertretene Ansicht — ist irrig. Da die Entscheidung der Frage sehr bedeutsame praktische Konsequenzen hat,[2]) so sei dazu kurz folgendes bemerkt:

---

[1]) Vgl. zu dem Thema auch meinen Artikel „Wirkliche und scheinbare Reserven" im »Tag« vom 13. August 1913.

[2]) Daß die Frage so oft behandelt und auch wohl, daß sie so oft falsch beantwortet ist, liegt daran, daß sie für die Berechnung der Tantiemen für Vorstands- und Aufsichtsratsmitglieder von Aktiengesellschaften von Bedeutung ist. Nach §§ 237 und 245 HGB. ist nämlich der Tantiemenberechnung der »nach Vornahme sämtlicher Abschreibungen und Rücklagen« usw. verbleibende Reingewinn zugrunde zu legen. Diese Bestimmung ist bei der letzten Revision des Handelsgesetzbuches im Jahre 1897 eingefügt worden, und zwar auf Betreiben der betreffenden Reichstagskommission. Der Antrag wurde damit begründet, daß die Tantieme »aus dem tatsächlichen Gewinn« zu berechnen sei. »Abschreibungen vorzunehmen — so heißt es in dem Kommissionsbericht — gehöre zu der ordnungsgemäßen, vorsichtigen Verwaltung; ehe die Abschreibungen gemacht sind, könne von einem Reingewinn nicht die Rede sein. Dabei [!] kommen nicht nur Abschreibungen in Betracht, sondern auch Rücklagen, die gemacht werden bei sehr hohem Jahresgewinn, um darauf in künftigen mageren Jahren zu greifen. Soweit hierdurch Vorstandsmitglieder in einem Jahre geschädigt werden, finden sie den Ausgleich durch die spätere Einstellung solcher Rücklagefonds in die Aktiva [!], allerdings nur, sofern sie in diesem späteren Jahre noch im Amt sind«. (Sten. Ber. über die Verhandl. des Reichstags. 9. Leg. Per. IV. Sess. 1895/97. Anlageband 7 S. 3905 zu § 232a. Bei der entsprechenden Bestimmung über den Aufsichtsrat erwähnt der Kommissionsbericht überhaupt

Renfer bezeichnet (S. 585) als Reserven diejenigen Beträge, »die noch über den Betrag des Grundkapitals hinaus[3]) Reinvermögen, Reingewinn oder Reinertrag dauernd *oder vorübergehend* von der Verteilung an die Mitglieder oder von der Verwendung für laufende Bedürfnisse schützt. Wir können all die unter diesen Begriff fallenden Zurückstellungen als *wahres Zusatzkapital* oder *echte* oder *eigentliche Reserven* bezeichnen«. Wer von dieser Definition ausgeht, muß logischerweise auch den Gewinnvortrag als Reserve ansehen, denn alle hier für die Reserve aufgestellten Begriffsmerkmale treffen auch auf den Gewinnvortrag zu.[4])

Richtig ist, daß durch den Beschluß, einen Teil des Reingewinnes von der Gewinnverteilung auszuschließen und ihn auf die neue Jahresrechnung zu übertragen, dieser Teil des Reingewinnes zunächst nur vorübergehend von der Verteilung ausgeschlossen ist. Diese Eigenschaft teilt er aber mit vielen anderen aus dem Gewinn zurückgehaltenen Beträgen, denen niemand den Charakter von Reserven streitig machen wird. Bei den meisten freiwilligen Reserven ist die Generalversammlung jederzeit in der Lage, sie ganz oder teilweise aufzuheben, sie zur Gewinnverteilung oder zur Deckung laufender Ausgaben heranzuziehen. Man denke nur z. B. an die Dividendenergänzungsreserven u. dgl., deren Zweck ja gerade darin besteht, daß

---

nicht, daß die Rücklagen abgezogen werden sollen. Siehe ebenda S. 3907 zu § 240.) Die gesetzliche Bestimmung ist zweifellos ebenso töricht wie die »Begründung« der Reichstagskommission. Daß Rücklagen etwas anderes sind als Abschreibungen, sollten Gesetzgeber eigentlich wissen. So ist nun der gesetzliche Zustand der, daß es für die Tantiemen keinerlei Maximalgrenze gibt, daß es aber verboten ist, sie von dem faktischen Reingewinne des betreffenden Jahres zu berechnen. Immerhin besteht nun einmal diese Vorschrift und sie muß befolgt werden. Daß die Zuweisungen zu den ausdrücklich als solche bezeichneten Reserven abgezogen werden müssen, ist denn auch allseitig anerkannt, nur bei dem Gewinnvortrag hat man mehrfach eine andere Interpretation versucht. Da das »logische Empfinden«, das »kaufmännische Gefühl« sich dagegen sträubte, daß man bei der Tantiemenberechnung den im letzten Jahre verdienten Gewinnvortrag abziehen solle, dagegen den aus einem früheren Jahre übertragenen Gewinnvortrag mitberücksichtige, da die Berechnung der Tantieme dabei auch noch komplizierter würde, so ist man mehrfach zu der Ansicht gekommen, daß der Gewinnvortrag auf neue Rechnung nicht zu den Rücklagen im Sinne jener Bestimmungen zu rechnen sei. Gewiß wäre es *sachgemäßer*, die Tantieme auch von dem auf neue Rechnung zu übertragenden Gewinnanteil zu berechnen, den aus dem Vorjahr stammenden Vortrag dagegen abzuziehen, aber ***gesetzlich*** ist das nicht zulässig. Der Gewinnvortrag ist, wie im Text darzulegen ist, eine freiwillige Reserve wie andere auch, und es muß deshalb nach der ausdrücklichen Bestimmung des Gesetzes der Übertrag auf das neue Jahr den Zuweisungen zu anderen Reserven gleichgestellt werden. (Die Praxis der Tantiemenberechnung ist ganz uneinheitlich, bald wird die eine, bald die andere Berechnungsmethode angewendet.)

[3]) Diese Definition gilt natürlich nur für die Aktiengesellschaften, mit denen *R.* sich ja auch allein beschäftigt. Bei den Gegenseitigkeitsvereinen kommt ein Grundkapital in diesem Sinne nicht in Betracht; dort müßte man die Reserven also anders definieren.

[4]) *Renfer* behandelt den Gewinnvortrag denn auch ganz richtig in seinem Kapitel I »Echte oder eigentliche Reserven: Wahres Zusatzkapital« (S. 586). Der Paragraph, in dem der Gewinnvortrag behandelt wird, ist überschrieben: »§ 5. Freiwilliges Zusatzkapital: Allgemeine Sicherheitsreserve, Spezialreserven *und Gewinnvortrag*« (S. 592). Dort heißt es denn auch: »Endlich muß als dritte Gruppe des freiwilligen Zusatzkapitals noch des ‚Vortrags auf neue Rechnung' Erwähnung getan werden«. (S. 593, ähnlich S. 600.)

sie in weniger guten Jahren zur Dividendenzahlung verwendet werden sollen. Daneben gibt es eine ganze Reihe von echten Reserven, deren Bindung *noch sehr viel vorübergehender* ist als beim Gewinnvortrag. Der Gewinnvortrag ist immer bis zur Beschlußfassung über die Verwendung des nächsten Bilanzergebnisses gebunden,[5]) bei manchen anderen Reserven trifft das aber nicht zu, sie können und sollen ev. schon im Laufe des nächsten Geschäftsjahres (also *vor* der Beschlußfassung über die nächste Jahresbilanz) verwendet werden. Wenn eine Aktiengesellschaft beispielsweise gewisse Teile des Reingewinnes reserviert für Organisationskosten, für Unterstützungszwecke (Dispositionsfonds des Aufsichtsrats u. dgl.), für die Kosten der Beteiligung an einer im nächsten Jahre stattfindenden Ausstellung, für die Verwendung bei einer im nächsten Jahre abzuhaltenden Jubiläumsfeier, für die Kosten von im nächsten Jahre vorzunehmenden wissenschaftlichen Versuchen, für die Emissionskosten der im nächsten Jahre auszugebenden Obligationen usw. usw., dann geht in allen diesen Fällen die Absicht dahin, daß diese Beträge nicht, wie der Gewinnvortrag, bis zum Ende des nächsten Geschäftsjahres gebunden sein sollen, sondern daß sie — ganz oder teilweise — *schon vorher, schon im Laufe des nächsten Geschäftsjahres* verwendet werden sollen.

Daß der Gewinnvortrag nicht auf die Dauer gebunden ist, kann ihm also den Charakter einer echten Reserve gewiß nicht rauben. In der Praxis liegt die Sache im übrigen ja auch nicht so, daß der Gewinnvortrag nun bei der nächsten Verteilung für gewöhnlich auch wirklich aufgelöst wird. Im Gegenteil verfolgen die meisten Aktiengesellschaften das Prinzip, den Gewinnvortrag, wenigstens in guten Jahren, zum mindesten in derselben Höhe wie er aus dem Vorjahr übernommen war, auch wieder auf das neue Jahr vorzutragen. De facto hat der Gewinnvortrag also vielfach durchaus den Charakter einer *dauernden* Reserve, einer Reserve, die häufig von Jahr zu Jahr noch anwächst. Der Betrag des Gewinnvortrags ist in einzelnen Fällen sogar höher als der Gesamtbetrag der zur Verteilung kommenden Dividende. Da es[6]) *praktisch genau auf das gleiche herauskommt, genau die gleichen wirtschaftlichen Folgen hat,* ob ein Gewinnbetrag unter der Bezeichnung »Spezialreserve« oder »Dividendenergänzungsreserve« oder unter der Bezeichnung »Gewinnvortrag« reserviert wird, so ist es mehr eine rein formale Frage, ob dieser oder jener Weg gewählt wird. Die eine Gesellschaft ist an diese, die andere an jene Methode gewöhnt. Im Ausland kennt man vielfach nicht die Sitte, zahlreiche verschiedene Spezialreserven zu dotieren; was reserviert werden soll, wird dort vielmehr einheitlich als Gewinnvortrag reserviert.

Weil es sich um etwas wirtschaftlich völlig Gleichartiges handelt, wird der Gewinnvortrag denn auch z. B. steuerlich regelmäßig ebenso behandelt wie die anderen Gewinnreserven. So sind z. B. nach dem neuen deutschen Wehrbeitragsgesetz die inländischen Aktiengesellschaften beitragspflichtig »mit den in der Bilanz des letzten Betriebsjahres aufgeführten *wirklichen Reservekontenbeträgen zuzüglich etwaiger*

---

[5]) Es ist daher nicht richtig, wenn *Renfer* (S. 601) sagt, daß der Gewinnvortrag »*schon im angefangenen* Geschäftsjahre wieder verwendbar ist«. Nicht im Anfang, sondern erst nach Schluß des nächsten Geschäftsjahres wird über seine Verwendung eine erneute Entscheidung herbeigeführt.

[6]) Vorausgesetzt, daß die Generalversammlung nicht durch das Statut an der freien Bestimmung über die freiwilligen Reserven gehindert ist.

Gewinnvorträge«. Hier sind die Gewinnvorträge zwar der Deutlichkeit halber neben den echten Reserven noch ausdrücklich aufgeführt, aber sie sind jedenfalls — das ist das Entscheidende — ihnen steuerlich vollständig gleichgestellt, und das mit vollem Recht, da sie nach dem Gesagten genau den gleichen wirtschaftlichen Charakter haben. Würde man anders verfahren, würde man den Gewinnvortrag praktisch günstiger behandeln als die sonstigen freiwilligen Reserven, so würde die einzige Konsequenz wohl sein, daß die Gesellschaften künftig keine freiwilligen Reserven unter Sonderbezeichnungen ansammeln, sondern alles, was sie freiwillig reservieren wollen, als »Gewinnvortrag« reservieren. Für die internen Zwecke der Gesellschaft würde der zweite Weg dasselbe leisten wie der jetzt gewöhnlich eingeschlagene. Auch das zeigt wieder, daß der Gewinnvortrag ökonomisch nichts anderes ist als eine freiwillige Reserve, und daß man zu sehr bedeutsamen Konsequenzen käme, wenn man diese innere Gleichartigkeit nicht anerkennte.

Der einzige wirkliche Unterschied zwischen dem Gewinnvortrag und den anderen freiwilligen Reserven ist ein *formaler:* über die Verwendung des Gewinnvortrages wird alljährlich eine ausdrückliche neue Beschlußfassung der Generalversammlung herbeigeführt,[7]) bei den anderen Reserven ist das nicht der Fall. Soweit nicht statutarische Hindernisse im Wege stehen, ist die Generalversammlung aber in der Lage, über die anderen freiwilligen Reserven genau so frei zu disponieren wie über den Gewinnvortrag. Anderseits führt der Umstand, daß jedesmal ein ausdrücklicher Beschluß über die Verwendung des aus dem Vorjahr übernommenen Gewinnvortrages zu fassen ist, gewöhnlich nicht dazu, daß er nun das nächste Mal auch faktisch verteilt wird. Die Regel bildet vielmehr, wie schon ausgeführt wurde, daß der Gewinnvortrag in ungefähr gleicher Höhe auf das nächste Jahr wieder neu übertragen wird. Jener formale Unterschied kann also an der Tatsache, daß sachlich, ökonomisch, für die Finanzgebarung der Aktiengesellschaft der Gewinnvortrag den gleichen Charakter hat wie die anderen freiwilligen Reserven, nichts ändern.

---

[7]) Das führt zu der — ebenfalls rein formalen — Besonderheit, daß der Gewinnvortrag aus dem Vorjahr in den Bilanzen vielfach nicht als gesonderter Posten, sondern gemeinsam mit dem eigentlichen Reingewinn des letzten Jahres in *einer* Summe aufgeführt wird. Korrekter würde es sein, wenn man beide Beträge gesondert aufführte, zumal ja ein erhebliches Interesse daran besteht, den faktischen Reingewinn des abgelaufenen Jahres für sich ohne weiteres aus der Bilanz zu entnehmen. Aus diesem Grunde wird der Gewinnvortrag denn auch vielfach in der Bilanz wenigstens *vor der Linie* gesondert angegeben. Wenn das in vielen anderen Fällen unterlassen wird, so liegt das wohl daran, daß der Betrag des Gewinnvortrags ja aus der Gewinn- und Verlustrechnung zu entnehmen ist. Klarer ist auf alle Fälle die gesonderte Aufführung auch in der Bilanz.

Bücherbesprechungen.

Neue Schriften über Wirtschaft und Recht der Privatversicherung.

Kaiserliches Aufsichtsamt für Privatversicherung. Die Entwicklung des privaten Versicherungswesens und der Reichsaufsicht in dem Jahrfünft 1907 bis 1911. Guttentag. Berlin 1913. 69 Seiten.

Es ist sehr zu wünschen, daß die Absicht erreicht wird, welche das Amt bei der Herausgabe dieser zweiten, ein halbes Jahrzehnt umfassenden Übersicht geleitet hat, nämlich das Versicherungswesen fernstehenden oder zu eingehenden Studien nicht gelangenden Kreisen in bequemer und übersichtlicher Form die hervorragende wirtschaftliche Bedeutung und die erheblichen Fortschritte in der deutschen Privatversicherung in unseren Tagen vor Augen zu führen.

Die Statistik umfaßt mehr als 300 deutsche Gesellschaften (1911 haben 316 im direkten Geschäft gearbeitet) und über 50 ausländische Unternehmungen (im Jahre 1911 54). Der erste Hauptteil schildert den Versicherungsbestand und seine Bewegung bei diesen Anstalten, der andere Hauptteil die Ergebnisse des Geschäftsbetriebes. Aus der Fülle der höchst instruktiven Ziffern können hier nur ganz wenige herausgegriffen werden. Diese sollen lediglich *Beispiele* dafür bieten, wieviel sehr interessante, keineswegs nur für den Versicherungspraktiker, sondern auch *für jeden Nationalökonomen und Politiker wichtige Einzelheiten* aus der dünnen und doch so inhaltreichen, glücklicherweise auch sehr volkstümlich abgefaßten Veröffentlichung des Amtes herauszulesen sind. Die auf den Todesfall übernommenen Versicherungen sind Jahr für Jahr erheblich gewachsen, von 9,2 auf fast 12 Milliarden Mark Versicherungssumme; dagegen sind die Versicherungen, die auf den Lebensfall abgeschlossen wurden, von Jahr zu Jahr geringer geworden, von 0,86 sind sie bis auf 0,80 Mill. Mk. Versicherungssumme zurückgegangen. Recht bescheiden ist der Zuwachs der versicherten Renten. Er ist von 22 auf 27 Mill. Mk. in dem Jahrfünft gestiegen. Von den überhaupt übernommenen Todesfallversicherungen in Höhe von 12 Milliarden wurden 11,4 für eigene Rechnung behalten. In welchen Zweig man auch blicken mag, überall zeigt sich ein fast gesetzmäßig verlaufender mehr oder minder erheblicher Zuwachs von Jahr zu Jahr. So sind die Prämiensummen in der Unfallversicherung von 37,6 auf 48,6 Mill. Mk. gestiegen, in der Haftpflichtversicherung von 37 auf 52 Millionen. Weniger imponierend ist der Zuwachs der Viehversicherung. Hier hat sich die Versicherungssumme 1907 in Höhe von 0,5 auf nur 0,69 Mill. Mk. in 1911 erhöht. Bei der Hagelversicherung ist sie von 2,87 auf 2,97 Mill. Mk. gewachsen. Sehr zum Nachdenken veranlaßt die Erscheinung, daß hier in der Hagelversicherung der Grundsatz der Gegenseitigkeit mehr und mehr die Oberhand über das Aktienprinzip gewinnt; das läßt sich kaum für einen anderen Zweig, weder im Inland noch im Ausland behaupten. In der Feuerversicherung sehen wir eine Zunahme bei den überhaupt übernommenen Versicherungen der deutschen Unternehmungen von 116 auf 140 Milliarden Mk., wobei allerdings hier wie auch im übrigen nur die unter Aufsicht stehenden Versicherungsträger berücksichtigt sind. Außerordentlich rasch haben sich namentlich die Wasserleitungsschäden- und Einbruchdiebstahlversicherung gehoben. Neu ist die Beachtung des Geschäftes der Rückversicherungen, für welche die Jahre 1909, 1910 und 1911 ausgewiesen werden. In dieser Zeit hat sich die Prämieneinnahme bei den deutschen Rückversicherern von 358 auf 444 Mill. Mk. gehoben. Hiervon wurden aber für eigene Rechnung nur 214 bzw. 256 Mill. Mk.

behalten, also noch nicht ganz vier Fünftel. Auch über die *Internationalität* der Versicherung finden wir instruktive Ziffern. Bis Ende 1908 war der deutsche Lebensversicherungsbestand der Ausländer größer als der ausländische Bestand der Deutschen. Seitdem ist die umgekehrte Tendenz wahrnehmbar. Das ausländische Feuerversicherungsgeschäft der Deutschen hat durch die San Francisco-Katastrophe einen bedauerlichen Rückgang erfahren, der aber nur vorübergehend angedauert hat. Jetzt übertrifft hier das deutsche Geschäft im Ausland das ausländische bei uns noch mehr als vorher. Die Zahl der Versicherungen hat rascher zugenommen als die Zahl der Einwohner. Auch ist auf den Kopf der Bevölkerung bei den Lebensversicherungen die Versicherungssumme nicht unerheblich gestiegen. Während bei der gesamten Kapitalversicherung vor zehn Jahren nur 163 Mk. auf den Kopf kamen, sind es jetzt schon 233 Mk. Sehr erfreulich ist die amtliche Feststellung, daß der Verfall von Versicherungen eine große Schädigung der Versicherten nur in seltenen Ausnahmefällen bedeutet, und daß der Gewinn aus Stornierungen für die Gesellschaften vielfach überschätzt wird. Der Aufschwung unseres ganzen wirtschaftlichen Lebens wird dokumentiert auch daraus, daß während 1907 gegen Feuerschäden im Deutschen Reich bei sämtlichen Versicherungsträgern 177,7 Mill. Mk. versichert waren, 1911 der Betrag bis auf über 209 Mill. Mk. angewachsen ist; auf den Kopf der Bevölkerung gerechnet bedeutet dies eine Steigerung von 2850 Mk. auf 3184 Mk. Die Zahl der Versicherungen hat sich ganz erstaunlich in der Einbruchdiebstahlversicherung gehoben. Sie hat sich hier fast verdoppelt. Von etwas mehr als ½ Millionen ist sie auf fast 1 Million gestiegen; in der Wasserleitungsbranche ist sie von 77 000 auf 115 000 gewachsen. Sehr minimal ist nach wie vor die Maschinenversicherung, die Kautionsversicherung, die Sturmschädenversicherung, namentlich aber die Kreditversicherung entwickelt. Auf die Tabellen, welche die Betriebseinnahmen und -ausgaben veranschaulichen, die Leistungen der Versicherten und die Schädenzahlungen der Versicherer, die Verwaltungskosten, die Bilanzen, die Vermögensanlage und Vermögensverwaltung, schließlich die Gewinnverteilung, kann an dieser Stelle leider nicht eingegangen werden. Es gibt kaum eine, sei es private, sei es amtliche Darstellung, welche auf so engem Raum ein so ***treffliches Bild der glänzenden Entwicklung*** der deutschen Privatversicherung bietet, wie dieses neue graue Heft des Aufsichtsamtes.

Berlin. Prof. Dr. Manes.

Wörner, Gerhard. Der Staat und das Versicheruugswesen. Sonderausgabe der Zeitschrift: »Wirtschaft und Recht der Versicherung«, 1913, Nr. 5, Kiel; 83 Seiten.

Wörner kennzeichnet in der Einleitung zu seiner Studie zunächst seine Stellung gegenüber der erschienenen Literatur über die Verstaatlichungsfrage. Er meint, daß seit der Veröffentlichung von Adolf Wagners bekanntem Aufsatze »Der Staat und das Versicherungswesen« ein wesentlicher Fortschritt in den der Lösung der Aufgabe gewidmeten Beiträgen von Theoretikern und Praktikern nicht festzustellen sei. Hinsichtlich der von Wörner zitierten Schriften (S. 265 u. 266 Anm.), so u. a. auch von seinen eigenen, mag diese Behauptung zutreffen. Aber dieser Teil der Literatur kann und will auch gar nicht für die Verstaatlichungsfrage im besonderen maßgebend sein. Kennt Wörner nicht, was z. B. die hier in der Hauptsache in Betracht kommende Feuerversicherung betrifft, die einschlägigen Studien von Emminghaus (1881), Schäfer (1884), Dehmel (1886), Dursthoff (1904) u. a.? Warum hat er zu ihnen nicht Stellung genommen? Warum hat er sich ferner nicht mit dem Ergebnis meiner Untersuchungen über den »Öffentlichen und Privatbetrieb in der Feuerversicherung« (1910) auseinanderzusetzen versucht? Er hätte dann wohl zugeben müssen, daß bereits in der Literatur bis Dursthoff, wie ich kürzlich anderweitig (Masius' Rundschau, 1913, Heft X/XI) nachgewiesen habe, die Forschung auch hier von der anfänglich abstrakten zu einer konkreteren Auffassung der Dinge fortgeschritten war, und daß man, wie ich es in jener Untersuchung getan habe, das Problem unter neuer Formulierung auch anders anfassen kann, als es bislang zu geschehen pflegte. Doch diese Arbeiten passen Wörner offenbar nicht in seinen Gedankengang, und er zieht es deshalb vor, über sie zur Tagesordnung überzugehen.

Wörner schließt sich in der Art der Auffassung des Problems ganz an Wagners Aufsatz an, dessen Überschrift er deshalb übernimmt. Er will die *prinzipiellen* Erörterungen Wagners fortführen und darum gleich ihm das Problem dahin formuliert wissen, ob das Versicherungswesen aus der privatwirtschaftlichen in die gemeinwirtschaftliche Organisationsform, aus der wesentlich privat-rechtlichen in die öffentlich-rechtliche Stellung hinübergeführt werden solle. Schon diese — von einer geringfügigen Modifikation abgesehen — bedingungslose Aneignung der Wagnerschen Formulierung rechtfertigt bei Wörner den Verdacht der Voreingenommenheit in gleichem Maße, wie ihn s. Zt. selbst Wagner auf sich lud, als er in jenem Aufsatze sein Verhältnis zur Fachliteratur dahin kennzeichnete, daß er die wesentlichste Förderung in betreff der Anwendung seiner prinzipiellen Auffassung auf das Spezialgebiet der Versicherung, zumal der Feuerversicherung, der »mustergültigen« (aber eine ausgesprochene Interessenschrift darstellenden) Arbeit von Hülsen-Brämer (»Die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten in Deutschland und ihre rechtliche Stellung gegenüber den Privat-Feuerversicherungs-Gesellschaften«, 1874) verdanke.

Den Schwerpunkt seiner Beweisführung legt Wörner in den I. Abschnitt seiner Schrift, betitelt »*Zwangsversicherungsgemeinschaft oder freie Versicherungsgemeinschaft*«.

Wörner definiert eingangs den Begriff der Versicherung im wirtschaftlichen und im rechtlichen Sinne; dabei nicht ganz verständlich, inwiefern sich die abweichende Konstruktion der Rechtspraxis aus »betriebstechnischen« Gründen erklären soll. Er leitet aus der Definition den »gemeinwirtschaftlichen« Charakter der Versicherung ab und stellt nun zur Prüfung die Hauptfrage, ob der Vorzug der freien oder der Zwangsgemein»wirt«schaft (S. 272) zu geben sei. Diese Fragestellung ist schon insofern unrichtig, als Wörner in diesem Abschnitte gar nicht den zweifachen Charakter der »Gemeinwirtschaft«, sondern der »Gemeinschaft« (im prämien- und schadentechnischen Sinne) untersuchen will und auch untersucht.

Er führt weiter die von Wagner getroffene Scheidung in privatwirtschaftliche und gemeinwirtschaftliche Organisationsform auf eine Frage zweiter Ordnung (nämlich ob die freie oder Zwangs-*Gemeinwirtschaft* [soll heißen Gemeinschaft] nach dem *privatwirtschaftlichen* oder sogenannten gemeinwirtschaftlichen Prinzip zu leiten sei) zurück, und er gelangt durch diese allein unter Hinweis auf die *Rechts*form der Versicherungsgemeinschaften gewollte »Verbesserung« der *wirtschafts*wissenschaftlichen Formulierung Wagners zu einer Verdunkelung des eigenen Gedankenganges.

Bei Untersuchung der Hauptfrage nun, ob freie Gemeinschaft oder Zwangsgemeinschaft, geht Wörner richtig von dem Satze aus, daß die Versicherung die größtmögliche Ausdehnung ihrer Versicherungsgemeinschaften zur Erzielung der durch ihr Wesen geforderten geringsten, angemessensten und bestausgeglichenen Prämien erheische. Je umfassender die Vereinigung der gleichbedrohten Personen, desto geringer der Beitrag; ein elementarer Grundsatz, der wohl nicht erst des Beweises durch die billigen Prämien für die Haushaltfeuerversicherung in den Großstädten, die übrigens allein durch die scharfe Konkurrenz so sehr gedrückt sind, bedurft hätte. Dem Prinzip der angemessenen Prämie liege der Gedanke zugrunde, daß jede Risikenkategorie innerhalb der Versicherungsgemeinschaft sich selbst tragen solle. Dazu habe der Grundsatz der richtigen Risikenmischung zu treten, dessen Eigenschaft, sozial zu wirken, Wörner nicht einmal in dem Wagnerschen Aufsatze gefunden, sondern erstmalig selbst entdeckt haben will. Es handele sich nun zunächst darum, festzustellen, ob dieser dreifachen Forderung durch die heute vorhandenen freien Versicherungsgemeinschaften Rechnung getragen werde. Zu diesem Zweck sucht Wörner für alle wichtigeren Versicherungszweige die Zahl der in Deutschland bestehenden Versicherungen und Versicherungsgemeinschaften (nicht identisch mit Versicherer, da zahlreiche Versicherer mehreren Versicherungsgemeinschaften in verschiedenen Versicherungszweigen dienen) zu erfassen. Ist der Wert dieser vielfach auf Ungenauigkeit und Schätzungen beruhenden Feststellung, wie so oft in der Massenstatistik, schon an sich ein zweifelhafter, so ist es erst recht bedenklich, solche Zahlen zur Grundlage von Beweis-

führungen, wie hier, zu machen. Überdies hätte jeder Leser Wörner das, was dieser aus der Statistik herausliest, auch ohne jene Aufstellungen geglaubt, nämlich daß das Versicherungswesen Deutschlands in Tausende von Versicherungsgemeinschaften *zersplittert* ist. Gewiß ist sonst der Versuch, den Umfang des Versicherungsbedürfnisses in Deutschland wie das Vorhandensein von Versicherungsgelegenheit statistisch zu ergründen, sehr zu begrüßen. Dabei handelt es sich aber um Aufgaben, die umfangreichster Untersuchungen bedürfen und jedenfalls nicht in den Rahmen der Wörnerschen Studie hineingehören.

Die bedeutende Zersplitterung in zahlreiche Versicherungsgemeinschaften — nicht das von Wörner ungewollt mit den gleichen Zahlen nachgewiesene Vorhandensein ausreichender Versicherungsgelegenheit — lasse bei unbefangener Betrachtung die Frage verneinen, ob die Forderung der Erzielung geringster, angemessenster und bestausgeglichener Prämien z. Zt. in der Praxis erfüllt sei.

»Die freie Versicherung hat sich offensichtlich nicht als fähig erwiesen, umfassende Versicherungsgemeinschaften in den einzelnen Versicherungszweigen zu bilden.«

»Die notwendige Folge ist, daß sie tatsächlich in diesen einzelnen Versicherungsgemeinschaften wegen ungenügender Besetzung zu einer vollkommenen Erfüllung der für die Prämienbildung aufzustellenden Forderungen nicht hat gelangen können und auch nicht gelangen kann.«

Wie eine solche Behauptung lediglich durch jene Massenstatistik bewiesen sein soll, ist schlechthin unerfindlich. Sie verrät die völlige Verkennung tatsächlicher Verhältnisse. An dieser Stelle hätte Wörner seine Kenntnis von der niedrigen Prämie der Haushaltfeuerversicherungen in den Großstädten verwerten sollen, dann brauchte er, selbst besorgt, seine Behauptung »unmittelbar« beweisen zu können, nicht seine Zuflucht zu einem »mittelbaren« Beweis zu nehmen, nämlich zu der Einrichtung der Rückversicherung. Letztere, die in der gegenwärtigen Praxis die Risiken erst »atomisiere«, ein künstlicher und kostspieliger Notbehelf der freien Versicherungsgemeinschaften, verschulde die unvollkommene Erfüllung der für die Prämienbildung aufzustellenden Forderungen. — Gewiß mag das, was Wörner hier sagt, »prinzipiell« und rein »theoretisch« betrachtet, alles richtig sein. Aber wenn er den tatsächlichen Verhältnissen der Entwicklung auch nur etwas gerecht werden wollte, könnte er gar nicht übersehen, daß die Entwicklung in der privaten, direkten und indirekten Versicherung auf die Bildung gewaltig wachsender Versicherungsgemeinschaften (Ausdehnung, Verschmelzung, Konzernbildung) hinsteuert, daß schon jetzt Versicherungsgemeinschaften bestehen, deren Umfang zu bedenklicher Unübersichtlichkeit und Schwerfälligkeit Anlaß gibt, trotzdem sie noch weit entfernt sind von der Größe einer Versicherungsgemeinschaft, die Wörner wünscht, wenn er am liebsten ganz Europa nach seiner Theorie in eine einzige Versicherungsgemeinschaft vereinigt wissen möchte. Und nun die Rückwirkung auf die Prämienbildung im besonderen! Mag die denkbar größte Versicherungsgemeinschaft heute und im Augenblick den niedrigsten Beitrag des einzelnen ermöglichen. Aber ist es Hauptaufgabe z. B. der Feuerversicherung, den *jetzigen* Versicherten den Versicherungsschutz so billig wie möglich zu teil werden zu lassen? Ist es nicht wichtiger, *auf die Dauer* das Versicherungsbedürfnis möglichst billig und wirksam zu befriedigen? Und ist es nicht hier der rastlose Wettbewerb, das Erwerbsprinzip, welches eine dauernde Verbesserung des gesamten Versicherungsrisikos, damit eine Verbilligung des Versicherungsschutzes ermöglicht hat und auch weiter erstreben wird; unschätzbare Vorteile, die eine einzige große Versicherungsgemeinschaft erst nachweisen soll? Und hat die »Unsumme von Arbeit und Kosten«, die sich nach Wörner hinter der imposanten Zahl der bestehenden freiwilligen Versicherungen verbirgt, die Versicherung verteuert? Nein, wie schon gesagt, sie hat sie verbilligt; das kann nur einleuchten dem, dessen Studium nicht auf das prinzipielle Wesen einer Einrichtung, sondern auf deren *Wirkungen* gerichtet ist. Es ist hier unmöglich Raum, das Unhaltbare der Wörnerschen Beweisführung im einzelnen weiter nachzuweisen; ich muß mich auf meine diesbezüglichen Ausführungen in der »Zeitschrift für Versicherungswesen«, 1913, Nr. 44 und 45, beziehen.

Wörner sieht nun die zur besten Durchführung des Versicherungszwecks gegebene Bedingung der geringsten, angemessensten und bestausgeglichenen Prämie erfüllt durch die Zwangsversicherungsgemeinschaft. Er erkennt wohl die Nachteile des Zwanges (als da sind Beschränkung der individuellen Betätigung und freien Entschließung, Lahmlegung des persönlichen Verantwortlichkeitsgefühls) an und fordert für die Praxis die Zwangsversicherungsgemeinschaft nur soweit, als es sich bei der Darbietung des speziellen Versicherungsschutzes um die Befriedigung eines »*Gemeinbedürfnisses*« im Wagnerschen Sinne handelt. Ein solches »Gemeinbedürfnis« liege vor hinsichtlich der Kranken-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrentenversicherung, hinsichtlich der Sterbegeldversicherung, der Feuerversicherung, der Haftpflicht- und Unfallversicherung und hinsichtlich der Hagel-, Viehlebens- und Schlachtviehversicherung. Für diese Versicherungszweige rechtfertige sich gegenwärtig in Deutschland die »an sich allgemein anzustrebende« Bildung von Zwangsversicherungsgemeinschaften.

Gegenüber der so beliebten Begründung der Zwangsversicherung, weil es sich um ein »Gemeinbedürfnis« handele, ist denn doch zu bemerken, daß der Begriff der »Gemeinbedürfnisse« noch außerordentlich unbestimmt und umstritten ist. Auch umspannt er außerordentlich verschiedenartige Gebiete. Das Verkehrsbedürfnis z. B. ist ein stark differenziertes und daher keineswegs in gleichem Sinne ein »Gemeinbedürfnis« wie etwa das Bedürfnis nach einem allgemeinen Wertmaßstab. Auch garantiert der Zwang noch keineswegs die »Gemeinnützigkeit«. Kurz, es ist recht gefährlich, mit solchen allgemeinen Begriffen politische Maßregeln zu begründen.

Im *zweiten Abschnitte* seines Aufsatzes fragt Wörner alsdann, welche Organisationsform des Versicherers nach der gegebenen tatsächlichen Entwicklung des Versicherungswesens einerseits für die Zwangsversicherungsgemeinschaften, anderseits für die freien Versicherungsgemeinschaften (soweit Wörner für letztere noch Raum läßt) die dem Versicherungszweck dienlichste sei. Für die Zwangsversicherungszweige fordert er eine Vereinheitlichung der Versicherungsgemeinschaft, dagegen eine möglichste Dezentralisation des nur als Geschäftsvermittler für die Gemeinschaft fungierenden Versicherers. Innerhalb der einheitlichen Versicherungsgemeinschaft eines Versicherungszweiges sollen räumliche Gebiete von durchschnittlicher Risikogleichheit prämien- und schadentechnisch bis zu einem gewissen Schadenumfang »rechnerisch« als selbständige Versicherungsgemeinschaften behandelt und nur das diesen Umfang überschreitende Schadenmaß von der gesamten Zwangsgemeinschaft getragen werden. Als Vorbild einer solchen »föderalistischen« Versicherungsanstalt schweben Wörner vor die öffentliche Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung des Reichs und die bayerische staatliche Viehversicherung. Bei solcher Aufteilung der gesamten Versicherungsgemeinschaft will Wörner die heute vorhandenen öffentlichen Anstalten und privaten Gegenseitigkeits- und Aktiengesellschaften nach Möglichkeit bestehen lassen, ihre Einrichtungen seinem Zwecke dienlich machen. Hinsichtlich der in ihrem räumlichen Umfange beschränkten und getrennten öffentlichen Anstalten erscheint dies verständlich. Aber wie sich Wörner die Durchführung seines Planes hinsichtlich der Privatgesellschaften denkt, die durchweg zu mehreren in ein und demselben Landesteile ihren Sitz haben und deren Geschäftsbereiche ausnahmslos unentwirrbar durcheinander greifen, ist mir unklar.

Aber darauf kommt es ja auch gar nicht so sehr an; diese Frage ist eine sekundäre. Denn Wörner spricht sich sowohl für die Zwangsversicherungsgemeinschaften wie für den Betrieb der Zweige, denen er die freie Gemeinschaft, in Form von Monopolanstalten, belassen will, im *dritten Abschnitte* seiner Schrift für das »*gemeinwirtschaftliche*« *Prinzip in der Betriebsführung* aus.

»*Eine privatwirtschaftliche Betriebsführung, eine Ausnutzung der Versicherungsgemeinschaft zu Erwerbszwecken, stellt sich als Abweg dar.*«

Wohl will Wörner die Aktiengesellschaften in den Dienst der Zwangsversicherungsgemeinschaften oder der monopolisierten freien Versicherungsgemeinschaften stellen, aber er will die Verzinsung des Aktienkapitals, vor allem durch

Entziehung des Nutzungsrechts an den Reserven den Gewinn der Unternehmer in einem Maße beschränken, daß der Erwerbstrieb, das Wesen der Erwerbsgesellschaft, vollkommen lahm gelegt, ja getötet wird; Folgen, über die Wörner sich nicht äußert. Wenn Wörner statt dessen die als Vorzug der freien Privatversicherung gerühmte »schnelle Anpassung der technischen und rechtlichen Grundlagen an die wechselnden Bedürfnisse« (in Form einer Anmerkung [S. 333] und dabei in sichtlich erzwungenem Zusammenhange zu den betreffenden Ausführungen im Abschnitt II und nicht, wo diese Frage gründlicher Erörterung bedurft hätte, im Abschnitt III) kurzer Hand mit der Behauptung abtut, mit jenem Vorzug sei es faktisch gar nicht so weit her, »weil Änderungen der technischen und rechtlichen Grundlagen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen«, so bedauere ich, solcher Beweisführung die Objektivität, insoweit also den wissenschaftlichen Charakter, absprechen zu müssen.

Es ist ein Leichtes, zu fragen und sich zu entscheiden, ob eine Einrichtung »prinzipiell« richtig ist oder nicht. Aber kommt es darauf überhaupt an? Ist es nicht weit wichtiger, zu untersuchen, wie diese Einrichtung tatsächlich »wirkt«? Besteht das Problem der Verstaatlichung darin, wie es die Anhänger der Verstaatlichungstheorie zu formulieren pflegen, ob aus rechtlichen, ethischen, sozialpolitischen oder gar prinzipiellen Gründen das Versicherungswesen aus der privatwirtschaftlichen in die gemeinwirtschaftliche Organisation hinüberzuführen sei? Ist es nicht naheliegender, zunächst einmal in exaktvergleichender Untersuchung festzustellen, unter welchen Existenzbedingungen und mit welchem Erfolge die bestehenden Versicherungsanstalten, mögen sie öffentlichen oder privaten, gegenseitigen oder gewerblichen Charakters sein, das Bedürfnis eines gewissen Risikenkreises nach Versicherungsschutz tatsächlich befriedigt haben? Vielleicht wird man dann erkennen, daß der zwischen der öffentlichen und privaten Versicherung gesuchte Gegensatz, *rein wirtschaftlich* betrachtet, nicht die ihm beigelegte Bedeutung hat. Geht man diesem Gegensatze auf den Grund und fragt, wie er sich im Leben *betätigt*, so dürfte man doch wohl zu einer anderen Lösung des Problems gelangen, als sie Wörner findet, indem er sich mit Adolf Wagner mehr oder weniger mit einer bloßen Gegenüberstellung der beiden Organisations*prinzipien* begnügt.

Leipzig. Dr. phil. Friedrich Lübstorff.

Koburger, Josef, Dozent. Versicherungsbuchführung. Berlin 1914, E. S. Mittler & Sohn. 135 Seiten.

Unter dem Titel »Versicherungsbibliothek« beginnt Prof. Dr. *Manes* eine Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Hand- und Lehrbücher für das Gesamtgebiet der privaten und sozialen Versicherung herauszugeben. Die Sammlung wird durch das vorliegende Werk eröffnet. *Koburger* schildert in wohl disponiertem Aufbau und mit großer Klarheit Gang und Wesen der Versicherungsbuchführung. Ihre materielle und formelle Eigenart ist trefflich geschildert. Die materielle liegt in drei Dingen: 1. Das Versicherungsgeschäft beruht auf dem Prinzip der Vorleistung (S. 46); daher ist die Buchung weitgehend Buchung nur von Bar- und Vermögensverwaltungs-(Anlage-)Geschäften. 2. Das einzelne Versicherungsverhältnis ist keine Ware, sondern eine Individualität (S. 47). Daher sind viele Verhältnisse zu buchen, die keine unmittelbaren Vermögensveränderungen (Ausgänge und Eingänge) im Gefolge haben (S. 47). 3. Die direkten Manipulationen mit Geld und Wertpapieren kommen nur ausnahmsweise und nur an *einer* Stelle, der Hauptkasse, vor (S. 123). Die Buchführung ist daher großenteils nicht Konten-, sondern Register-Buchführung. Aus den materiellen Besonderheiten ergeben sich dann die formellen: 1. Wegen Vorleistung und Individualität spielen eine große Rolle die Übergangsbuchungen (S. 96) oder technischen Reserven; 2. Der Hilfsbücher (Register) gibt es die Menge: Namens-, Nummern-, Orts- und Länderregister, Antrags-, Policen-, Policenfälligkeits-, Verfallregister, Nachtrags-, Storno-, Schaden-, Schadenreserve-, Rückversicherungsregister usw.

Straßburg i. E. Prof. Dr. jur. H. Rehm.

Weiland, Ernst. Die Feuerversicherung der Industrie. (Zweiter Band der Sammlung: Feuerversicherungsrecht und -Technik.) Düsseldorf 1913. Eigenverlag des Verfassers. 335 Seiten und Anhang.

Mit dem vorliegenden Buche ist die Literatur der Feuerversicherung um ein Werk bereichert worden, dessen Wert besonders hoch anzuschlagen ist. Es muß gerade in der Feuerversicherung sehr begrüßt werden, wenn der im Getriebe des Geschäftslebens stehende Fachmann — der Verfasser ist Leiter des Industriebureaus der Provinzial-Feuerversicherungs-Anstalt der Rheinprovinz — die Zeit findet, die ihm bekannten reichen Erfahrungen der Praxis wissenschaftlich so zu verarbeiten, daß sie ihrerseits wieder fruchtbringend auf die Entwicklung der Praxis einwirken.

Mit größter Sachkenntnis und kaum zu übertreffender Objektivität gegenüber der privaten und öffentlichen Betriebsform, behandelt Weiland in übersichtlicher, systematischer Anordnung die ganze Fülle derjenigen Fragen, deren Kenntnis es dem Versicherungsnehmer ermöglicht, die Feuerversicherung der Industrie so zu gestalten, daß der Schutz ein möglichst vollkommener und dabei doch ein möglichst billig erkaufter ist.

Es ist unmöglich, an dieser Stelle dem Werke durch Wiedergabe seines wesentlichen Inhalts auch nur entfernt gerecht zu werden. Dafür ist das in ihm verarbeitete Material zu groß. Das Buch verdient durch die kritischen Erörterungen und mannigfachen Anregungen die Aufmerksamkeit des Theoretikers und Praktikers in gleichem Maße; es darf nicht als leichte Lektüre aufgefaßt, sondern muß gründlich durchstudiert werden, wenn der richtige Gewinn daraus gezogen werden soll.

Im ersten Teile des Werkes (Die zweckmäßige Gestaltung des Versicherungsvertrages) behandelt Weiland nach einer Einführung in die Aufgaben und Betriebsformen der Feuerversicherung: Selbsthilfe der Versicherungsnehmer, Umfang des Versicherungsschutzes, Versicherungswert, Versicherungssumme, mehrfache Versicherung, Ausgleichsmöglichkeiten, Versicherungsdauer, Beitragstechnik, Beitragszahlung, Prüfung des Versicherungsscheins, Veränderungen, unerwünschte Risiken, Rohbau- und Montageversicherung, Technik der Schadenmeidung, Rechte Dritter, Beratung des Versicherungsnehmers, Führung, sonstige Fragen. Von den unter sich wieder übersichtlich gegliederten Ausführungen über die einzelnen Abschnitte muß die Behandlung der mittelbaren Schäden, der Außenversicherung, der Verkaufspreisklausel, der Buchführungsklausel, der Vortaxe, der unterjährigen Versicherung und vieler anderer Spezialfragen als geradezu musterhaft bezeichnet werden. Bei der Darstellung der gegenseitigen Fabrikversicherungs-Verbände hätten wohl die Mühlen- und Zuckerfabrikenverbände der Magdeburger F.V. G., sowie der selbständige Verband der Mühlenversicherungsvereine, desgleichen bei der Schilderung des Umfangs des Versicherungsschutzes die Versicherung von Preisdifferenzen im Zuckerhandel Erwähnung verdient. Für die Wiederherstellungsklausel ist mir als jüngste Fassung der Privatversicherer eine andere bekannt, als sie Weiland auf S. 93/94 mitteilt; leider verbietet der Raum, sie hier nachzutragen. Den Bemerkungen über die Überversicherung (S. 100) möchte ich hinzufügen, daß bei manchen städtischen Sozietäten mit veralteten Einrichtungen die Überversicherung von Gebäuden in einer für den Versicherungsnehmer vorteilhaften, für das Interesse der Allgemeinheit aber sehr bedenklichen Weise künstlich aufrecht erhalten wird. Wenn der Verfasser (S. 228) von den Allgemeinen Sicherheitsvorschriften für Fabriken und gewerbliche Anlagen meint, deren »Beifügung zum Versicherungsschein« verdiene den Vorzug vor der vielfach üblichen »Aushändigung schon bei Entgegennahme des Antrags gegen Empfangsbescheinigung«, so bedarf diese Ansicht der Richtigstellung. So wichtig die *Aufbewahrung* der Allgemeinen Sicherheitsvorschriften ist, so ist ihre Kenntnis *vor* Abschluß des Versicherungsvertrags doch von solcher Bedeutung, daß diese Vorschriften — nachdem durch das Aufsichtsamt ihr Charakter als Allgemeine Versicherungsbedingungen ausgesprochen worden ist (Veröffentl. A.f.P. 1911, S. 223/224) — demzufolge gleich den Allgemeinen Feuerversicherungsbedingungen *vor Unterzeichnung des Antrags allgemein* ausgehändigt werden *müssen.*

Im zweiten Teile des Buches behandelt Weiland die rechtmäßige Ausnutzung des Vertrags, indem er die dem Versicherungsnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalls obliegenden Pflichten, die Feststellung des Schadens und der Entschädigung, die Zahlung der letzteren, das Rechtsverhältnis nach dem Versicherungsfall und die möglichen Streitigkeiten zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer einer ebenso übersichtlichen wie gründlichen Besprechung unterzieht.

Der im dritten Teile gegebene Anhang stellt sowohl für die private wie für die öffentliche Feuerversicherung die gesetzlichen Vorschriften über das Vertragsrecht, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die hauptsächlichen Sicherheitsvorschriften in einer Weise zusammen, daß die *Rechtswerte* (abgeändert, abänderungsfähig, zwingend) der einzelnen Gesetzesbestimmungen und die Beziehungen zwischen den letzteren und den Versicherungsbedingungen leicht erkennbar sind und dadurch der Gebrauch des Materials für Vergleichszwecke sehr erleichtert wird.

Leipzig. Dr. phil. Friedrich Lübstorff.

Molt, Walther. Der Kreditversicherungsvertrag. Stuttgart 1913, Kohlhammer. 153 Seiten.

Eine juristische Durchleuchtung des Kreditversicherungsvertrages fehlte bisher. In der Praxis wurde dieser Mangel stark empfunden. Um so verdienstlicher ist die Arbeit Molts. Der Verfasser hat sich seine Aufgabe nicht leicht gemacht, ist vielmehr mit einer anerkennenswerten Gründlichkeit dem Problem bis in die entferntesten Ecken nachgegangen.

Der Grundpfeiler der Arbeit ist die Unterscheidung zwischen Forderungsversicherung und Kredit-Verkehrsversicherung. Unter ersterer versteht er, daß die Versicherung dagegen genommen wird, daß eine Forderung während der Kreditperiode durch einzelne bestimmte oder durch irgendwelche Ereignisse entwertet wird, unter letzterer, daß ein Kreditgeber durch die Kreditgewährung selbst Schaden erleidet. Die vielfach verbreitete Ansicht, daß der Kreditversicherungsvertrag einem Bürgschaftsvertrag und anderen Forderungsgarantien gleichzustellen sei, lehnt Molt ab. Nach der Abgrenzung des Kreditversicherungsvertrages gegenüber anderen Versicherungsverträgen erörtert der Verfasser die Beziehungen zum Gesellschaftsrecht, auch hier die in der Literatur vertretene Ansicht zurückweisend, daß die Kreditversicherung ähnlich der Rückversicherung ein Gesellschaftsvertrag des Bürgerlichen Rechtes sei, auf den in erster Linie Bürgerliches Recht und nicht Versicherungsrecht anzuwenden wäre. Bei der Zerlegung des Inhalts des Vertrages wird der Begriff »Versicherungsfall« eingehend untersucht, wobei in interessanter Weise zwischen dem Schadensfall und dem Liquidationsfall, der eigentlichen Zahlungskrisis, unterschieden wird. Im Zusammenhange mit der Stellungnahme zu den einzelnen versicherungsrechtlichen Grundbegriffen gibt der Verfasser auch Anregungen für das allgemeine Versicherungsrecht, eine Ausdehnung der Arbeit, die ihr, so dankenswert manche Anregungen sind, viel von der Übersichtlichkeit raubt. In weiteren Kapiteln werden die Subjekte des Versicherungsvertrages, sowie das Versicherungsverhältnis von seinem Beginn bis zum Ende eingehend behandelt. Gelegentlich dieser Untersuchungen kommt der Verfasser auch auf die Bedingungen verschiedener Kreditversicherungs-Gesellschaften zu sprechen und macht auf vermeintliche Fehler aufmerksam, gibt auch Anregungen für deren Abänderung. Nicht alle Beanstandungen erscheinen jedoch gerechtfertigt. Bei manchen Anregungen übersieht der Verfasser, daß es sich in der Praxis um höchst seltene Fälle handelt, für die der Versicherer eine besondere Regelung nicht treffen wollte, um seine Bedingungen nicht zu überladen, was stets ein Hindernis für die Ausbreitung eines neuen Versicherungszweiges bildet. Auch muß beachtet werden, daß dieser Versicherungszweig auf dem äußersten gegenseitigen Vertrauen beruht, so daß den Versicherer auch die bestausgearbeiteten Bedingungen nicht vollkommen schützen können, wenn er es mit einer Vertragspartei zu tun hat, die den Vertrag wider Treu und Glauben auszunutzen versuchen will. (Z. B. gefälschte Kontoauszüge!)

Beizupflichten ist dem Wunsch des Verfassers, daß der Bundesrat die Kreditversicherung gemäß der ihm durch § 117,2 des Versicherungsaufsichts-Gesetzes erteilten Befugnis von den Vorschriften über den Geschäftsplan voll befreit, da eine derartigen Schwankungen unterworfene Versicherungsart möglichste Bewegungsfreiheit in der Anpassung ihrer Bedingungen an die Strömungen des Wirtschaftslebens haben muß. Weniger ansprechend ist die vorgeschlagene gesetzliche Regelung des Kreditversicherungsvertrages, zumal ein Bedürfnis nach einer solchen geleugnet werden muß. Die Besonderheiten der Kreditversicherung sind noch im Fluß und sicher noch nicht vollständig erkannt. Soweit aber allgemeine versicherungsvertragliche Regeln in Frage kommen, haben sich die Gesellschaften bisher schon die Hauptgrundsätze des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag zu eigen gemacht, soweit sie sich der Kreditversicherung anpassen ließen.

In einem Überblick kommt der Verfasser zu dem Ergebnis, daß die bedenklichen Unklarheiten der Bedingungen der Gesellschaften an der unsicheren Entwicklung der Kreditversicherungen vor allem mit Schuld tragen. Dem widerspricht jedoch, daß die Praxis zeigt, daß Prozesse im diesem Versicherungszweig im Gegensatz zu dem Anfangsstadium anderer Versicherungszweige bisher verhältnismäßig selten vorgekommen sind. Ein weiteres Hindernis sieht der Verfasser in der fehlenden Spezialisierung der Gefahr, wobei er eine Reihe von Vorschlägen macht. Die Literaturübersicht scheint nicht vollkommen zu sein; so ist z. B. die Nennung des Versicherungs-Lexikons, der Veröffentlichungen des deutschen und schweizerischen Aufsichtsamtes zu vermissen.

Die anregend geschriebene Studie bedeutet eine wertvolle Bereicherung der Literatur über die Kreditversicherung.

Hamburg. Dr. jur. E. Herzfelder.

Greiff, Erich. Der Reichsversicherungsstempel. Berlin 1913. Vahlen. 195 Seiten.

Meltzing, Brüders, Wertheimer. Kommentar zum Versicherungsstempelgesetz. Hamburg 1913, L. Friederichsen & Co., 140 Seiten.

Reichsgesetz über Steuer von Versicherungsprämien, mit den zur Erläuterung des Gesetzes nötigen Unterlagen. Hannover 1913. Rechts-, Staats- und Sozialwissenschaftlicher Verlag G. m. b. H. 151 Seiten.

Die Neuregelung der Versicherungssteuern greift in die gesamte Versicherungspraxis nicht unerheblich ein und ist auch von großer Bedeutung für die Theoretiker. Die beiden erstgenannten Schriften sind in gleicher Weise für alle Interessentenkreise vorzüglich geeignet, Klarheit über den neuen Rechtszustand zu schaffen. Beherrschung des Stoffes, Hervorhebung aller wichtigen Gesichtspunkte, zweckmäßige Anordnung der Anmerkungen und in erfreulicher Weise die Beigabe systematischer Darstellungen zeichnen sowohl die *Greiff*sche wie die *Meltzing*sche Ausgabe aus; demgegenüber ist die an letzter Stelle genannte Schrift, wenngleich sie sich als Ausgabe für die Versicherungspraxis bezeichnet, doch nicht sehr geschickt zusammengestellt. Denn hier ist hintereinander abgedruckt, was ineinander und untereinander hätte verarbeitet werden müssen, so daß die Übersicht schwer leidet. Dieser Mangel wird auch keineswegs gehoben durch die zwei Nachträge, die erschienen sind, von denen der eine die Ausführungsbestimmungen gibt, der andere die Frage der Nachsteuer behandelt.

Berlin. Prof. Dr. Manes.

Neuerscheinungen über Versicherungsmathematik.

Du Pasquier. Mathematische Theorie der Invaliditätsversicherung. Sonderausgabe der Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker 8. Heft. Bern 1913.

Ein Bestand von gleichaltrigen versicherten aktiven Personen, die alle unter gleichen Bedingungen denselben Beruf ausüben, ändere sich im Laufe der Zeit infolge von drei Ursachen: erstens Tod, zweitens Invalidisierung,



drittens Reaktivierung der Invaliden. Alsdann bilden die aus dem Bestand der Aktiven ausgeschiedenen Invaliden einen zweiten Bestand, der mit Null anfangend, sich ebenfalls aus drei Gründen ändert; er erhält nämlich erstens seine Zuwüchse durch die invalid werdenden Aktiven und vermindert sich zweitens durch Tod und drittens durch Reaktivierung seiner Mitglieder. Nach einer bestimmten Zeit weist der Bestand an Aktiven $\overline{l_x^{aa}}$ Mitglieder des Lebensalters x und die von den Aktiven erzeugte Invalidenschar $\overline{l_x^{ii}}$ Invalide des nämlichen Alters auf. Unter der Voraussetzung, daß die Funktionen $\overline{l_x^{aa}}$ und $\overline{l_x^{ii}}$ differentierbar sind, gewinnt der Vf. das folgende System linearer homogener Differentialgleichungen:

$$
\text{(I)} \quad
\begin{aligned}
\frac{d\,\overline{l_x^{aa}}}{d_x} &= \overline{l_x^{ii}} \cdot \varrho_x - \overline{l_x^{aa}} \cdot (\mu_x^{aa} + \nu_x) \\
\frac{d\,\overline{l_x^{ii}}}{d_x} &= \overline{l_x^{aa}} \cdot \nu_x - \overline{l_x^{ii}} \cdot (\mu_x^{ii} + \varrho_x),
\end{aligned}
$$

das den Mittelpunkt der mathematisch sehr interessanten Arbeit bildet. In dem System (I) bedeuten μ_x^{aa} und μ_x^{ii} die Sterbensintensität der Aktiven bzw. Invaliden, ν_x die Invalidisierungs- und ϱ_x die Reaktivierungsintensität. Die Berücksichtigung des Einflusses der Reaktivierung, von der sonst gewöhnlich (Ausnahme, wie Vf. erwähnt: W. Küttner in der Zeitschrift für Berg-, Hütten- und Salinenwesen, Bd. 36) abgesehen wird, verdient mit Nachdruck hervorgehoben zu werden. Das System (I), das im allgemeinen Fall nicht durch elementare Funktionen integrierbar ist, wird eingehend für $\varrho_x = 0$, d. h. bei Ausschluß der Reaktivierung, und ferner unter der Annahme, daß die vier Intensitätsfunktionen konstant sind, behandelt. Auf die Rolle, die die »partiellen Größen«, d. h. diejenigen, bei denen eine einzige Veränderungsursache wirksam angenommen wird, — Karups unabhängige Wahrscheinlichkeiten —, in des Vfs. Untersuchungen spielen, und die hieran anknüpfenden historischen Angaben über die Karupsche Theorie sei noch besonders hingewiesen.

Freiburg i. B. Professor Dr. phil. Alfred Loewy.

Bohlmann, G. Formulierung und Begründung zweier Hilfssätze der mathematischen Statistik. Separatabdruck aus »Mathematische Annalen«, LXXIV. Band, 1913.

Die Arbeit verfolgt den Zweck, den mathematischen Apparat weiter auszubilden, der bei der Vergleichung zwischen Theorie und Erfahrung im Gebiete zufälliger Ereignisse zur Anwendung kommt, und zwar handelt es sich dabei um folgende zwei Fragen.

Es sei x die Wiederholungszahl eines Ereignisses E in s Versuchen, $\varphi(x, s)$ die Wahrscheinlichkeit ihres Eintrittes — $\varphi(x, s)$ wird das Wahrscheinlichkeitsschema genannt, das der Versuchsanordnung entspricht; beim Bernoullischen Schema hat es den Ausdruck $\frac{s!}{x!\,(s-x)!}\, p^x\, q^{s-x}$, wenn p die gleichbleibende Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen von E im Einzelversuche bedeutet —; dann bezeichnet man die über alle zulässigen Werte von x erstreckte Summe $\Sigma\, x\, \varphi(x, s)$ als den wahrscheinlichen oder mittleren oder auch erwartungsmäßigen Wert von x; er heiße kurz x_0. Nun handle es sich um eine Funktion $F(x)$ von x. Die Wahrscheinlichkeit von x überträgt sich auf $F(x)$ und man kann von einem wahrscheinlichen Wert von $F(x)$ sprechen in dem Sinne $\Sigma F(x)\, \varphi(x, s)$, die Summierung wieder erstreckt über alle zulässigen Werte von x; er werde mit $F(x)_0$ bezeichnet. Andererseits gehört zu x_0 ein Funktionswert $F(x_0)$. Die beiden durch 0 und F angedeuteten Operationen sind nicht vertauschbar, d. h. $F(x)_0$ und $F(x_0)$ sind zwei verschiedene Werte.

Man hat aber, gewissermaßen gefühlsmäßig, angenommen, daß bei großer Versuchszahl zwischen ihnen kein erheblicher Unterschied im Vergleich zu ihrer Größe selbst besteht, daß also in gewissem Sinne $F(x)_0$ ersetzbar sei durch $F(x_0)$. Den Sinn dieser Ersetzbarkeit zu formulieren und ihre Bedingungen festzustellen ist die eine Aufgabe, die sich der Verfasser stellt. Seine Fragestellung kann so formuliert werden: Welche analytischen Voraussetzungen muß die Funktion F und welche Bedingungen das Wahrscheinlichkeitsschema φ erfüllen, damit die Beziehung

$$\lim_{s=\infty} \frac{F(x)_0}{F(x_0)} = 1 \qquad (1)$$

stattfinde, damit in andern Worten $F(x)_0$ äquivalent sei $F(x_0)$ in dem Sinne, daß bei sehr großer Versuchszahl das Verhältnis beider sich nur wenig von der Einheit unterscheidet. Um zu einer umfassenden Erledigung dieser Frage zu kommen, geht der Verfasser von der Annahme aus, $F(x)$ lasse sich von der Stelle x_0 aus nach der Taylorschen Formel entwickeln; er erhält dadurch für $F(x)_0$ eine Reihenentwicklung, in der die sogenannten Momente des Wahrscheinlichkeitsschemas, das sind Summen von der Form $\Sigma (x - x_0)^n \varphi (x, s)$, auftreten. Die Untersuchung dieser Reihenentwicklung auf ihre Konvergenz bietet die Mittel zur Beantwortung der obigen Frage.

Die zweite Frage, um die es sich handelt, betrifft folgende Angelegenheit. Jedem zulässigen Wert von x entspricht ein Wert $F(x)$, und unter diesen letzteren Werten nimmt $F(x_0)$ eine Mittelstellung ein gleichwie x_0 im Wertbereich der x. Man kann diese Stellung bezüglich x_0 kennzeichnen durch

$$\mathfrak{M}(x) = \left\{ \Sigma (x - x_0)^2 \varphi (x, s) \right\}^{\frac{1}{2}},$$

d. h. durch den mittleren Fehler des Ansatzes $x = x_0$, und bezüglich $F(x_0)$ in gleicher Weise durch

$$\mathfrak{M}(F) = \left\{ \Sigma [F(x) - F(x_0)]^2 \varphi (x, s) \right\}^{\frac{1}{2}},$$

den mittleren Fehler des Ansatzes $F(x) = F(x_0)$.

Welche Beziehung besteht nun zwischen $\mathfrak{M}(F)$ und $\mathfrak{M}(x)$ bei wachsender Versuchszahl? Eine nicht streng bewiesene Antwort, die man sich bisher gab, geht dahin, man könne bei sehr großer Versuchszahl $\mathfrak{M}(F)$ ersetzen durch das Produkt $|F'(x_0)|\, \mathfrak{M}(x)$, wo $F'(x_0)$ den Wert von $F'(x)$ für $x = x_0$ bedeutet (x nicht mehr auf ganze Zahlen beschränkt, sondern stetig variabel gedacht). Der Verfasser untersucht nun wieder die Bedingungen, welche F und φ erfüllen müssen, damit die Beziehung

$$\lim_{s=\infty} \frac{\mathfrak{M}(F)}{|F'(x_0)|\, \mathfrak{M}(x)} = 1 \qquad (2)$$

stattfinde, damit also bei sehr großem s der mittlere Fehler $\mathfrak{M}(F)$, dessen strenge Berechnung sich zumeist schwierig gestalten würde, ersetzbar sei durch das leichter zu ermittelnde $|F'(x_0)|\, \mathfrak{M}(x)$.

Als wesentliches Ergebnis soll angemerkt werden, daß die beiden Äquivalenzbeziehungen (1) und (2) unter sehr allgemeinen Voraussetzungen über F und φ Geltung haben, Voraussetzungen, die in den praktisch vorkommenden Fällen stets erfüllt sind. Es werden jedoch auch Beispiele von Funktionsformen angeführt, bei denen sie nicht Platz greifen. Wann übrigens die Ersetzbarkeit mit einer vorgeschriebenen Genauigkeit beginnt, erfordert in jedem einzelnen Falle eine besondere Untersuchung.

Zum Schlusse finden die Ergebnisse der theoretischen Untersuchung Anwendung auf das Bernoullische Wahrscheinlichkeitsschema sowie auf die Frage des Divergenzkoeffizienten und seiner Genauigkeitsbestimmung.

Hiermit sind nur die Grundzüge der Arbeit angedeutet die subtilen Gedankengänge der Untersuchung müssen aus der Schrift selbst studiert werden. Die Ergebnisse sind für die mathematische Statistik von prinzipieller Bedeutung.

Wien. Hofrat Prof. E. Czuber.

Neue Werke über Sozialversicherung.

Kaufmann, Paul. Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1913. Vahlen. 151 Seiten.

Es ist keine alltägliche Erscheinung, daß der Präsident eines wichtigen Reichsamtes im Inland wie im Ausland durch Wort wie durch Schrift bemüht ist, dem großen Publikum Aufklärung über die Angelegenheiten zu beschaffen, die seiner Behörde obliegen. Wenn der Präsident des Reichsversicherungsamts sich dieser sehr zu begrüßenden Aufgabe unterzieht, so darf er des Dankes aller derer gewiß sein, denen eine Diskreditierung der deutschen Sozialpolitik durch extreme Interessenvertreter auf der äußersten Linken oder der äußersten Rechten wie auch durch manchen nicht genügend orientierten Theoretiker zuwider ist. Das Buch müßte auch schleunigst übersetzt und im Ausland verbreitet werden. Was der Verfasser mit seiner Schrift will, drückt er so aus:

». . . . An die Stelle freudiger Begeisterung droht vielfach soziale Müdigkeit zu treten. *Eine Sozialpolitik, die nur günstig wirkte, gibt es nicht.* Die Mängel, die somit der Arbeiterversicherung wie jedem Menschenwerk anhaften, werden aber neuerdings ungebührlich verallgemeinert oder übertrieben. Man gefällt sich darin, mit ihr abzurechnen, ohne sie vorher nach allen Seiten gründlich erforscht und ihrem Soll das Haben gewissenhaft gegenübergestellt zu haben. Aus ihrem Aufgabenkreise werden Teile herausgehoben, in diesen gar nur Sondergebiete untersucht und aus so beschränkten Beobachtungen voreilig Schlüsse gezogen. Das muß falsche Bilder ergeben, die gleichwohl bei geschickter Aufmachung und Benutzung des Stimmungsumschwunges Eindruck machen. . . . Es ist dringend geboten, diesen und ähnlichen Märchen entgegenzutreten. Die Allgemeinheit muß über Wesen und Wirkungen der Arbeiterversicherung viel mehr wie bisher sachgemäß und verurteilsfrei aufgeklärt werden. Hierzu wollen auch meine Darlegungen beitragen. Durch eine nicht immer absichtslose Schwarzmalerei darf die opferfreudige und zuversichtliche Mitarbeit an der großen deutschen Kulturtat nicht gelähmt und ihr Ansehen *auch im Auslande* nicht beeinträchtigt werden . . . . .«

Der Verfasser sieht davon ab, noch einmal all die falschen und schiefen Behauptungen, die mit so großer Begeisterung von dem sozialfeindlichen Ausland aufgenommen worden sind, zu widerlegen, das ist bereits gründlichst geschehen (vgl. in dieser Zeitschrift darüber Band XIII, S. 262, 838), sondern er greift ein Kapitel heraus, hinsichtlich dessen wohl auch die Gegner der Sozialversicherung nicht umhin können, von mißgünstiger Kritik abzusehen: die *vorbeugende Tätigkeit der Versicherungsträger.*

». . . . Die Träger der Krankenversicherung bemühten sich, durch gründliche Heilmaßnahmen und durch ausgiebige Fürsorge für Genesende schädigenden Einflüssen auf den geschwächten Körper vorzubeugen. Über den einzelnen Fürsorgefall dehnten sie ihre Wirksamkeit auf allgemeine Krankheitsverhütung aus. Bei der Unfallversicherung traten neben die immer nachdrücklichere Unfallverhütung und Heilbehandlung Einrichtungen im Interesse sachgemäßer erster Hilfe bei Unfällen, ein fortgesetzt ausgedehnteres Heilverfahren der Berufsgenossenschaften innerhalb der Wartezeit sowie Maßnahmen zur Vermittlung geeigneter Arbeit für die aus der Heilbehandlung Entlassenen. Bei der Invalidenversicherung kamen zu der vorerst ausschließlichen Rentenbewilligung ein vornehmlich gegen Volksseuchen gerichtetes umfassendes Heilverfahren sowie weitgreifende allgemeine Veranstaltungen zur Hebung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage der arbeitenden Klassen.«

Diese hier mit den Worten des Verfassers selbst kurz und treffend charakterisierten volksgesundheitlich wertvollen Betätigungen der Versicherungsträger werden nun im einzelnen nach Versicherungszweigen getrennt erörtert, dabei geht der Verfasser besonders ein auf die erste Hilfe bei Betriebsunfällen, die Arbeitsvermittlungen, die Tuberkulose-Bekämpfung und die Wohnungs-Fürsorge und er darf wohl in seinem Schlußwort sagen: »Nach allem darf die deutsche *Arbeiterversicherung als Eck- und Grundstein der sozialen Gesundheitspflege* bezeichnet werden. Was die Versicherungsträger in einer kurzen ersten Entwicklungszeit mit Unterstützung unserer ausgezeichneten Ärzteschaft

und der ungeahnt forgeschrittenen Technik geleistet haben, überwiegt die Arbeit vieler Menschenalter.« Eine ausführliche Literaturübersicht, die nicht weniger als 21 Seiten umfaßt, beschließt die Schrift, der die weiteste Verbreitung zu wünschen ist.

Berlin. Prof. Dr. Manes.

Schlaeger und **Seelmann.** Die Einwirkung der Krankheiten auf die Erwerbsfähigkeit. Für Verwaltungsbeamte zum praktischen Gebrauch bei der Durchführung der RVO. und des AVG. Mit 71 Abbildungen. 296 Seiten. Stephan Geibel, Altenburg 1913.

Das vorliegende Werk, das sich durch Gemeinverständlichkeit der Darstellung auszeichnet, beabsichtigt dem Laien und Verwaltungsbeamten in allen medizinisch-technischen Fragen und Ausdrücken bei der Durchführung der gesamten RVO ein Berater zu sein. Dementsprechend wurden die verschiedenen Krankheitsbilder in alphabetischer Reihenfolge abgehandelt, ein recht ausgiebig zusammengestelltes Register ermöglicht rasches Auffinden der in Betracht kommenden Abschnitte. Was die Beurteilung der einzelnen Schäden anbetrifft, so nimmt das Buch, was leider nicht immer besonders angegeben wird, nahezu ausschließlich auf die Invaliden- und Altersversicherung bezug. In diesem Sinne wird z. B. Einäugigkeit beim Arbeiter und Angestellten als keine wesentliche Einbuße seiner Arbeitsfähigkeit angesehen, dasselbe gilt für die Beurteilung der »Gelenkmäuse.« Ebenso erscheint es nicht unbedenklich, für den Begriff der »Altersschwäche« vorwiegend den nicht immer eintretenden Rückgang des Körpergewichts heranzuziehen, oder wie es im Original heißt; »bei fehlender Funktionsprüfung sich an das Verhältnis des Körpergewichts zur Größe des Menschen zu halten und dazu die Alterssymptome zu rechnen.« Diese Vorschrift zur Bestimmung des Invaliditätsgrades durch Laien halten wir für ebenso unsicher, wie im Grunde auch unrichtig. Der Ton, auf den das gesamte Werk gestimmt ist, bewegt sich in einer mit viel Geschick durchgeführten mittleren Linie, nicht zu gelehrt — nicht zu populär, und dabei ist das Buch doch im ganzen reichhaltig und erschöpfend. Es dürfte daher für den vorliegenden Zweck von Nutzen sein und seine Aufgabe damit erfüllen.

Berlin. Dr. med. Erwin Franck.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis bis Mitte Dezember 1913 erschienener Schriften auf dem Gebiet des gesamten Versicherungswesens.

Die mit * bezeichneten Schriften sind in der Bibliothek des »Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft« enthalten.

I. Bücher
und Sonderabzüge.

*Assecuranz-Compaß. Internationales Jahrbuch für Versicherungswesen. XXII. Jahrgang 1914. I., II. Band. Berlin 1914.

*Association of Life Insurance Medical Directors of Amerika. An abstract of the proceedings. Twenty-Third annual. 1912.

*Aufsichtsamt für Privatversicherung, Kaiserliches. Die Entwicklung des privaten Versicherungswesens unter Reichsaufsicht in dem Jahrfünft 1907 bis 1911. Berlin 1913.

*Beck. Die Verwirkungsklausel in Versicherungsverträgen. In.-Diss. Greifswald 1913.

*Belgien. Proposition de loi organisant la prévoyance sociale en vue de la maladie, de l'invalidité prématurée et de la vieillesse. Brüssel 1913.

*Bellom. Les premiers résultats de la nouvelle loi anglaise d'assurance sociale. Aus: Journal des Économistes. Paris 1913.

*Betz. Die Ansprüche aus der Angestellten-Versicherung. Nürnberg 1913.

*Bockhorn. Die Arbeitsfähigkeit Herz- und Gefäßkranker und ihre Beurteilung. S.-A. Berlin 1913.

*Bockhorn. Die Arbeitsfähigkeit Lungenkranker und ihre Beurteilung. S.-A. Berlin 1913.

*Bohle. Expertenadreßbuch des Deutschen Feuerversicherungskalenders. Hannover 1914.

*Bohlmann. Formulierung und Begründung zweier Hilfssätze der mathematischen Statistik. S.-A. Leipzig 1913.

*Comité permanent international des Assurances sociales. Documents en vue des Enquêtes Internationales. Paris 1913.

*Dahmen. Das Recht der Krankenkassenangestellten nach der Reichsversicherungsordnung. Berlin 1913.

*Deutscher Feuer-Versicherungs-Kalender 1914. Hannover 1913.

*Eberle. Die Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers. München 1913.

*Gaertner. Beiträge zur einheitlichen Ausgestaltung der Waldbrandstatistik. S.-A. aus: Wirtschaft und Recht der Versicherung. Kiel 1913.

*Geyer. Der Entwurf eines neuen Gebäudebrandversicherungsgesetzes für das Königreich Württemberg. Stuttgart 1913.

*Die Handelsgesetze des Erdballs. Band I bis XIII (enthaltend auch Versicherungsrecht). Berlin 1909—13.

*Heilbehandlung von Versicherten und Fürsorge für Invalide und Waisen bei der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte im Jahre 1912. Lübeck 1913.

*Hoffman. Insurance Libraries. Sep.-Abdr. New York 1913.

*Jähnel. Reichsversicherungsordnung und Angestellten-Versicherungsgesetz in gemeinverständlicher Darstellung. Berlin 1913.

*Kaufmann. Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1913.

*Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse bei den nach dem Gesetze vom 30. März 1888, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, eingerichteten Krankenkassen in den Jahren 1896—1910 mit Beziehung auf Alter, Geschlecht und Beruf der Mitglieder. Wien 1913.

*Konicki. Ist das Problem der Arbeitslosenversicherung lösbar? Aus: Berl. Börsen-Courier. Berlin 1913.

*Kumpmann. Die Reichsarbeitslosenversicherung. Tübingen 1913.

*Landesversicherungsanstalt. Das Tuberkulose - Fürsorgeverfahren der Landesversicherungsanstalt Berlin. Der XI. Internationalen Tuberkulose-Konferenz überreicht vom Vorstande der Landesversicherungsanstalt. Berlin 1913.

*Lorentz. Die Tuberkulosesterblichkeit der Lehrer nach den Erfahrungen der „Sterbekassen Deutscher Lehrer". Charlottenburg 1913.

*Institut für Versicherungswissenschaft an der Universität Leipzig. Prüfungsordnung. Leipzig 1913.

*Medico-Actuarial Mortality Investigation. Vol. III. New York 1913.

*Nachrichten, amtliche, des Reichsversicherungsamts 1913. 1. Beiheft. Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten der Invalidenversicherung für das Jahr 1912. Berlin 1913.

*Naucke. Die Praxis des Konzipierens, Lösungen. Abhandlungen aus dem Gebiet der Feuerversicherungswissenschaft, Band 3. Hannover 1913.

*Odernheimer. Die Landkrankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung. In.-Diss. Marburg 1913.

*Pfuhlstein. Das Prozeßverfahren vor den Versicherungsbehörden. Frankfurt a. M. 1913.

*Pohl. Die Anfänge des deutschen Lebensversicherungswesens. In.-Diss. Leipzig 1913.

*Potthoff. Ausführungsbestimmungen des Reiches und der Einzelstaaten zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Stuttgart 1913.

*Potthoff. Versicherung und Bodenleihe. S.-A. aus: Jahrbuch der Bodenreform. Straßburg 1913.

*Reichsversicherungsordnung. Buch 3. Unfallversicherung. Guttentag'sche Sammlung Deutscher Reichsgesetze. Berlin 1913.

*Reichsversicherungsordnung. Buch 1, 5, 6. Gemeinsame Vorschriften, Verfahren. Guttentag'sche Sammlung Deutscher Reichs-Gesetze. Berlin 1913.

*Riksförsäkrings-Anstalten ar 1912. Sveriges officiella statistik. Stockholm 1913.

*Rocca. Hat die Hagelversicherung internationale Bedeutung? S.-A. aus: Österreichische Zeitschrift für öffentliche und private Versicherung. Wien 1913.

*Schmidt, H. Tabellen mit den ausgerechneten Beträgen der Reichsstempelabgabe aus Versicherungen nebst den dazu gehörigen Gesetzesbestimmungen, der Tarifnummer 12 sowie den Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1913. 2. Auflage. Stuttgart 1913.

*Sommer. Die Haftung des Versicherungsnehmers für fremdes Verschulden. In.-Diss. Hamburg 1913.

*Ungarn. Die Arbeiterversicherung. Budapest 1913.

*Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen. Weshalb sind die Einigungsverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten gescheitert. Essen 1913.

*Versicherungsunternehmungen, die privaten, in den im Reichsrate vertretenen Königreichen und Ländern im Jahre 1911. Wien 1913.

*Wagner. Zur Frage der Arbeitslosenversicherung in Deutschland. Berlin 1913/14.

*Weiland. Die Feuerversicherung der Industrie. Feuerversicherungsrecht und Technik. 2. Band. Düsseldorf 1913.

*Wertheimer. Feuerversicherung und andere Sachschadenversicherungszweige. S.-A. München 1913.

*Workmen's Compensation publicity bureau. Digest of workmen's compensation and insurance laws in the United States. Oktober 1914. New York 1913.

*Wörner. Der Staat und das Versicherungswesen. S.-A. Kiel 1913.

*Zur Frage der Nachsteuer für die seit 1. April 1913 bis 30. September 1913 abgeschlossenen Versicherungen. Hannover 1913.

Allgemeine Schriften.

*Baradat. Tuberkulose und Verkehr. Cannes 1913.

*Blaustein. Deutschlands wirtschaftliche Kriegsbereitschaft. Berlin 1913.

*Cölner Hochschule für kommunale und soziale Verwaltung. Ordnung für die Kommunalbeamten-Prüfung. Cöln 1913.

*Denkschrift über die Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin-Schöneberg. Schöneberg 1913.

*Denkschrift zum Preußischen Wohnungsgesetz-Entwurf und Jahresbericht des Rheinischen Vereins für Kleinwohnungswesen für 1912. Düsseldorf 1913.

*Deutsche Bank. Kursberechnung aller an den deutschen Börsen notierten Dividendenpapiere zum Zwecke der Wehrbeitragserklärung. 1. Ausgabe. Berlin 1913.

*Deutsches Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1913. Geschäftsbericht für die XVII. General-Versammlung der Zentral-Komitees am 8. Mai 1913 zu Berlin. v. Nietner. Berlin 1913.

*Dietz. Planmäßige Bekämpfung der Tuberkulose in einer stark verseuchten Landgemeinde. Darmstadt 1913.

*Ehrenrooth. Die Arbeitergesetzgebung in Finland. Helsingfors 1913.

*Ehrenrooth. Kommunale Maßregeln auf dem Gebiete der Wohnungsreform in Finlands Städten in den Jahren 1910—1913. Haag 1913.

*Emerson. Über den Krieg. (Deutsch von Sophie v. Harbou). Leipzig 1914.

*Fernow. Gesetz über einen einmaligen außerordentlichen Wehrbeitrag. Berlin 1913.

*Festschrift der XI. Internationalen Tuberkulose-Konferenz zu Berlin am 22. bis 26. Oktober 1913. Leipzig 1913.

*Greiff. Der Reichsversicherungsstempel. Berlin 1913.

*Hedler. Wie steht es jetzt mit dem bürgerkundlichen Unterricht? S.-A. Leipzig 1913.

*Hochschule für kommunale und soziale Verwaltung, errichtet durch die Stadt Cöln. Abt. II der Cölner Hochschulen. Vorlesungsverzeichnis für das Wintersemester 1913/14. Cöln 1913.

*Hoffman. The decline in the tuberculosis deathrate, 1871—1912. Newark 1913.

*Jahres-Bericht der Akademie für kommunale Verwaltung in Düsseldorf für die Zeit vom 1. Oktober 1912 bis 30. September 1913. Jahrgang 2. Düsseldorf 1913.

*Jöhlinger. Die koloniale Handelspolitik der Weltmächte. Berlin 1913.

*v. der Knesebeck und Pannwitz. Das Deutsche Rote Kreuz und die Tuberkulose. Berlin 1912.

*Kürschners Jahrbuch 1914. Berlin 1913.

*Lamprecht. Die Nation und die Friedensbewegung. Berlin 1914.

*Marchesini und Ponde. Die histologische Entwicklung der experimentellen Tuberkulose unter dem Einfluß eines durch Jod modifizierten Tuberkulins. (Beitrag zur pathologischen Histologie der Tuberkulose.) Rom 1911.

*Meltzing, Brüders, Wertheimer. Kommentar zum Versicherungsstempelgesetz vom 31. Juli 1913, nebst Ausführungsbestimmungen vom 15. September 1913. Hamburg 1913.

*Moesle. Wehrbeitrag mit Ausführungsbestimmungen. Besitzsteuer und Finanzgesetz. Leipzig 1914.

*National association for the study and prevention of tuberculosis. Ninth Annual Meeting. Washington 1913.

*Oettingen. Die Infektion im Kriege. (Mit Ausschluß der spezifischen Infektionen und der allgemeinen Infektion.) S.-A. aus dem Archiv für klinische Chirurgie. Band 102, Heft 1.

*Ongevallenstatistiek betreffende de kalenderjaren 1908, 1909 en 1910. Teil I und II. Amsterdam 1913.

*Potthoff. Arbeiterschutz in Deutschland. S.-A. aus: Dokumente des Fortschritts. Berlin 1913.

*Reichsstempelgesetz vom 3. Juli 1913 nebst Ausführungsbestimmungen. Berlin 1913.

*Rühlmann. Der staatsbürgerliche Unterricht in Frankreich. Leipzig 1912.

*Schiele. Über innere Kolonisation und städtische Wohnungsfrage. Schriften d. Schutzverb. f. Deutschen Grundbesitz Heft 12. Berlin 1913.

*Schima. Die Feuersicherheit der Baukonstruktionen. Wien 1913.

*Schott. Statistik. Berlin 1913.

*Sehmer. Australien und Neuseeland. Berlin 1913.

*Sinzheimer. Rechtsfragen des Arbeitstarifvertrags. Jena 1913.

*Sombart. Der Bourgeois. Leipzig 1913.

*Tuberkulose-Bekämpfung 1913. Verhandlungen des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der XVII. Generalversammlung am 1. Mai 1913. Berlin 1913.

*Tuberkulose-Konferenz, XI. Internationale. Leitsätze. Hohenlychen 1913.

*Zimmermann. Rechtsfragen des Arbeitstarifvertrags. Haftung, Abdingbarkeit. Schriften d. Ges. f. soziale Reform. Heft 42/43. Jena 1913.

II. Zeitschriften.

*Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. (Berlin, 19. Jahrgang Nr. 19 bis 22.) Sonnenkalb: Beiträge zur Untersuchung und Begutachtung. — Koeppen: Die Wirksamkeit des Versicherungsamtes in dem Einspruchsverfahren der Reichsversicherungsordnung. — Grassmann: Apoplexie Unfallfolge bei chronischem Nephritiker? Zusammenhang des Todes mit »Unfall«? — Lohmar: Zur Frage der Gewöhnung an die Einäugigkeit. — Peters: Zur Frage der Gewöhnung an die Einäugigkeit. — Hanauer: Unfall und Auge.

*Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. (Berlin, 29. Jahrgang Nr. 9 bis 10.) Ausführungsbestimmungen zum Artikel 11 des Abkommens zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien über Unfallversicherung. — Bescheide und Beschlüsse 2650 bis 2655. — Rundschreiben wegen Aufstellung der Übersichten über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse (§ 1358 Abs. 2 und § 1372 Nr. II 13 der Reichsversicherungsordnung) nebst Bestimmungen.

*Annalen des Deutschen Reichs für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft. (Berlin) 1913. Jahrgang Nr. 9 bis 10. Biermann: Der Geburtenrückgang. — Eichelmann: Der Geburtenrückgang in Straßburg i. Els. — Vandersee: Die Unternehmerverbände in der Deutschen Privat-Versicherung.

*Annalen des gesamten Versicherungswesens. (Leipzig, 44. Jahrgang Nr. 40 bis 48.) Das Fazit des Glasversicherungsgeschäfts in 1912. — Koeppler: Das Bernoullische Theorem für mehr als zwei Ereignisse. — Koeppler: Noch einmal das Bernoullische Theorem für mehr als zwei Ereignisse.

*Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung. (Berlin, 3. Band 1. und 2. Heft.) Bauer: Fortgang und Tragweite der internationalen Arbeiterschutzverträge. — Braun: August Bebel als Sozialpolitiker.

*Arbeiter-Versorgung. (Berlin, XXX. Jahrgang. Nr. 28 bis 23.) Goerlitz: Die Erstattung des Beitragsteiles Invalidenversicherungspflichtiger aus dem Entgelt, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird. — Schlenther: Die Tragweite der §§ 614, 1302, 1303 RVO. — Lohmar: Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. — Hoffmann: Bis zu welchem Zeitpunkt müssen die Satzungen der Krankenkassen genehmigt sein. — Krug: Schutz der Krankenkassen gegen doppelte Auszahlungen. Der Krankenschein als Legitimationspapier. — Hoch: Kritik einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts zu § 1681 RVO. — Schlenther: Zur Auslegung des § 1467 RVO.

*Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik. (Tübingen, 37. Band, Heft 1 und 2.) Scheler: Zur Psychologie der sogenannten Rentenhysterie. — Wetzel: Ein Beitrag zu den Problemen der Unfallneurose.

*Archiv für Versicherungswirtschaft. (Berlin, 7. Jahrgang, Nr. 37 bis 45.) Die berufsgenossenschaftlichen Haftpflichtanstalten. — Glänzender Erfolg der Vorlesungen über Versicherungs-Technik. — Zur Unpfändbarkeit der Ersatzversicherungen der Angestellten.

*Berufsgenossenschaft, Die. (Berlin, 28. Jahrgang, Nr. 18 bis 21.) Strahl: Die Beschaffung der Gelder für die Postvorschüsse. — Müller: Heilung oder Rente? — Lohmar: Das Verhältnis der Ärzte zu den Berufsgenossenschaften. — Koch: Die Anordnung des persönlichen Erscheinens einer Partei vor dem Versicherungsamt in Unfallsachen. — Tegeler: Die Wichtigkeit der Obduktion für die Berufsgenossenschaft.

*Betriebskrankenkasse. (Essen, VI. Jahrgang, Nr. 15 bis 22.) Weshalb die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten gescheitert sind. — Die Abgeltung der Krankenpflege durch eine Barleistung (RVO). Hahn: Ärztliche Behandlung gegen Vorschuß und Kampftaxen, unter Verzicht auf Rechnungen und Quittungen.

*Deutsche Juristen-Zeitung. (Berlin, XVIII. Jahrgang, Nr. 15 bis 22. Koepchen: Die Unterscheidungsmerkmale des wirtschaftlichen und des nicht wirtschaftlichen Vereins. — v. Landmann: Zum Streit zwischen Ärzten und Krankenkassen.



*Deutsche Krankenkassen-Zeitung. (Berlin. 13. Jahrgang Nr. 28 bis 32.) Der Wirtschaftliche Verband deutscher Zahnärzte und die Krankenkassen. — Keine Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten in Bayern. — Schadenersatzanspruch der Kasse gegen den Arbeitgeber wegen unterlassener An- oder Abmeldung. — Die Abführung von vier Fünfteln Arbeitgeberanteil an die Ersatzkassen.

*Deutsche Versicherungs-Presse. (Berlin, XLI. Jahrgang, Nr. 39 bis 47.) Versicherung einer unter Eigentumsvorbehalt verkauften Sache. — Was muß ein Versicherungsagent von der Glasversicherung wissen? — Ein schwerer Mißerfolg der Versicherungssektion der gewerkschaftlichen Organisationen. — Das Hypothekengeschäft der deutschen Versicherungsunternehmungen im Jahre 1912. — Der Kapitalanlagezwang — eine drohende Gefahr! — Versicherungsbibliothek. — Horn: Die Bedeutung der Voll- und Minderjährigkeit von Ausländern für den Abschluß einer Lebensversicherung nach deutschem internationalen Privatrecht. — Ausführungsbestimmungen zum neuen Reichsstempelgesetz für Versicherungen. — Die Zukunft der privaten Kranken-Versicherung.

*Deutsche Versicherungs-Zeitung. (Berlin, 54. Jahrgang, Nr. 72 bis 88.) Zentralverband deutscher Hausbesitzer-Vereine. — Lübstorff: Entwicklungstendenzen in der deutschen Privat-, insbesondere Erwerbsfeuerversicherung. — Auslegung des § 12 Abs. 1 der allgemeinen Versicherungs-Bedingungen für Glasversicherungen. Die Herausgabe der Unfallakten seitens der Berufsgenossenschaften und Versicherungsbehörden. — Koeppler: Zur Berechnung der Korrekturen ausgeglichener Wahrscheinlichkeiten. — Amtliche Doppeltaxation der Gebäude? — Die Akquisition und ihr Zeitaufwand. — Handelskammern und öffentlich-rechtliche Versicherungs-Anstalten. — Wert und Unwert der Sanatorien für Lebensversicherungsgesellschaften. — Arbeitslosen- und Privatversicherung. — Zum Erlaß betreffend die Nettokosten-Berechnungen in der Lebensversicherung. — Dispache-Gebühren in der Transport-Versicherung.

*Deutsche Wirtschafts-Zeitung. (Berlin, 9. Jahrgang, Heft 19 bis 22.) Schweighoffer: Das Unternehmertum und seine volkswirtschaftliche Bedeutung in der Gegenwart.

*Dokumente des Fortschritts. (6. Jahrgang, Nr. 7 bis 10. Potthoff: Arbeiterschutz in Deutschland.

*Handel und Industrie, Zeitschrift für die Interessen des gesamten Wirtschaftslebens. (München, 22. Jahrgang, Heft 1138 bis 1146.) Stevens: Lebensversicherung und gemeinnützige Baugenossenschaften. — Zur Frage der Arbeitslosenversicherung. — Bossert: Die Hypothenversicherung. — Aus der deutschen Feuerversicherung. — Neue Stimmen zur Arbeitslosen-Versicherung.

*Invaliditäts- und Altersversicherung im Deutschen Reiche. (Mainz. 23. Jahrgang Nr. 22 bis 24, 24. Jahrgang, Nr. 1.) Die Landkrankenpflege der Landesversicherungsanstalten, ein Beispiel für die Krankenkassen.

*Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. (Jena, III. Folge. 46. Band, Heft 4 bis 5.) Fischer: Vermißte Folgen der deutschen Sozialversicherung.

*Leipziger Zeitschrift für Handels-, Konkurs- und Versicherungsrecht. (München, VII. Jahrgang Nr. 10 bis 11.) Bechert: Zur Auslegung von § 1522 und 1296 Reichsversicherungsordnung. — Josef: Die Folgen verweigerter Eidesleistung des gegen Haftpflicht Versicherten.

*Masius' Rundschau. (Leipzig, 25. Jahrgang, Heft 9 bis 11.) Aus dem Bereiche der Angestelltenversicherung. — Französische Lebensversicherung. — Gollmer: Die Syphilisfrage vom Standpunkt der Lebensversicherung. — Florschütz: Die Allgemeine Versicherungsmedizin der Lebensversicherung. — Lübstorff: Der Staat und das Feuerversicherungswesen. — Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft.

*Mitteilungen für die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. (Kiel, 45. Jahrgang. Nr. 19 bis 22.) Borgmann: Die Waldwertrechnung im Dienste der Versicherungsnahme und Entschädigung bei Waldbränden. — Henne: Zur Gefahrenbeurteilung der elektrischen Beleuchtung. — Edler von

Graeve: Blitzgefahr und Wünschelrute. — Fischer: Untersuchung von Blitzeinschlagstellen mittels der Wünschelrute. — Borgmann: Theorie und Methoden der Waldwertrechnung im Dienste der Waldbrandversicherung. — Körner: Zeitpunkt des Übergangs der Versicherung, Begriff der versicherten Sache und der Veräußerung in § 69 und Anwendungsgebiet des § 73 VVG. — Conradt: Streitfragen zum Reichsstempelgesetz vom 3. Juli 1913. — Potthoff: Versicherungswesen und Realkredit. — Thomsen: Die Verwendung von Motorspritzen für kleine Städte und Landgemeinden. — Lewin: Entwertung von Fabrikbetrieben im Zusammenhang mit dem Taxwesen. — Raiser: Zur Behandlung von Maschinen und Betriebseinrichtungen nach Tarifnummer 12 des Reichsstempelgesetzes vom 3. Juli 1913. — Schneider: Inwieweit kann bei Anwendung der sogenannten Wiederaufbauklausel die Unterlassung der Wiederherstellung den Realberechtigten benachteiligen?

*Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung. (Berlin, 1. Jahrgang, Heft 7 bis 8.) v. Frankenberg: Beginn und Ende der Kassenmitgliedschaft nach der RVO. — Hoffmann: Krankenkassenbeamte. — Wankelmuth: Wann ist ein Lebensversicherungsvertrag »für den Angestellten« geschlossen? — Zacher: Die Arztfrage in Luxemburg.

*Recht. (Hannover, 17. Jahrgang, Nr. 19 bis 21.) Brückner: Die außervertragliche Haftung für die beim Betrieb der Luftschiffahrt angerichteten Schäden auf der Erde.

*Recht und Wirtschaft. (Berlin, 2. Jahrgang, Heft 5 bis 11.) Schneider: Volkstümliche Fassung der Gesetze. — Jastrow: Volkstümliches Recht und Gesetzessprache. — Tantzen-Heering: Viehseuchengesetz und Reichsviehversicherung.

*Reichsarbeitsblatt. (Berlin, 11. Jahrgang, Nr. 7 bis 11.) Die Gliederung der deutschen Lohnarbeiterschaft. — Die Entwicklung der freiwilligen Alters- und Invalidenversicherung in Italien. — Die Arbeiterversicherung in Europa. — Die Angestellten im Deutschen Reiche nach der Berufszählung. — Zur Internationalen Tuberkulosekonferenz. — Allgemeine Pensionsversicherung in Schweden.

*Saski'sche Zeitschrift für das Versicherungswesen. (Leipzig, 49. Jahrgang, Nr. 38 bis 44.) Lebensversicherung oder Sparkasse. — Die Aktionärdividenden und die Gewinnüberweisungen an die Versicherten bei den deutschen Lebensversicherungs-Aktien-Gesellschaften im Jahre 1912. — Verpflichtung des Verletzten zur Duldung einer ärztlichen Operation.

*Soziale Hygiene und praktische Medizin. (Berlin, 21. Jahrgang, Nr. 16 bis 24. Bogusat: Im Kampfe gegen Tuberkulose, Säuglingssterblichkeit und Alkoholmißbrauch.

*Soziale Kultur. (M.-Gladbach, 33. Jahrgang, Nr. 10 bis 11.) Die neuen Aufgaben der Sozialversicherung in der Praxis. — Schwartz: Der schädliche Einfluß alkoholhaltiger Getränke auf die Lebensdauer. — Erlbeck: Über den Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit der Frau.

*Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. (Leipzig, 23. Jahrgang, Nr. 1 bis 8.) Wöbling: Arbeitslosigkeit und ihre Bekämpfung. — Die Einigung zwischen Ärzten und Krankenkassen in Berlin. — Clauss: Die Krankenversicherung der Dienstboten. — Mugdan: Die Befreiung der Dienstboten von der Krankenkassenzugehörigkeit. — Zur Aufklärung über die Krankenversicherung der Dienstboten in Groß-Berlin.

*Sozialistische Monatshefte. (Berlin, 19. Jahrgang, Nr. 13 bis 21.) Kampffmeyer: Die Arbeitslosenversicherung und der Jenaer Parteitag. — Diestel: Die Anlage der Gewerkschaftsgelder. — von Elm: Die Leistungen der Volksfürsorge.

*Staatsbürger. (Leipzig, 4. Jahrgang, Nr. 13 bis 22.) Jaffé: Die Arbeiterfrage in England. — Manes: Australien als sozialpolitischer Erzieher. — Potthoff: Die sozialen Versicherungskosten und die Volkswirtschaft.

*Versicherungs-Welt. (Berlin, 16. Jahrgang, Nr. 1 bis 22.) Manes: Ausbau der Versicherungsunternehmungsformen. — Rumpf: Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. — Schmidt: Der Staat und das Versicherungswesen. — Von der Berechnung der menschlichen Lebensdauer.



*Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. (Berlin. 19. Jahrgang. Nr. 19 bis 22.) Boll: Die Erwerbslosenhilfe nach § 214 RVO. — Eine behördliche Dienstordnung für Krankenkassenangestellte. — Kleeis: Die Unfallversicherung in der Metallindustrie. — Hanauer: Der Vertrauensarzt in den Krankenkassen. — Boll: Krankenhauspflege für Kassenmitglieder.

*Wallmanns Versicherungs-Zeitschrift. (Berlin, 48. Jahrgang, Nr. 1 bis 23.) Nochmals der Zeitpunkt des Übergangs der Versicherung nach § 69 VVG. — Der Sterblichkeitsgewinn der deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaft im Jahre 1912. — Die Vermeidung des neuen Prämienquittungsstempels. — Behandlung von Maschinen und Betriebseinrichtungen als unbewegliche Gegenstände wegen der Reichsstempelabgabe bei der Feuerversicherung. — Der Staat und das Versicherungswesen. — Eine neue Volksversicherungsgründung. — Die Dividenden und Dividendensysteme der deutschen Lebensversicherungsgesellschaften im Jahre 1912. — Verzugszinsen in der Lebensversicherung. — Das private Versicherungswesen 1907/1911.

*Wirtschaftliches Archiv. (Jena, 2. Band. Heft 1.) Manes: Die internationalen Verflechtungen des Versicherungswesens.

*Wirtschaft und Recht der Versicherung. (Kiel, 45. Jahrgang, Nr. 6.) Wörner: Der Staat und das Versicherungswesen. — Gaertner: Beiträge zur einheitlichen Ausgestaltung der Waldbrandstatistik.

*Zeitschrift für Versicherungsmedizin. (Leipzig, 6. Jahrgang, Nr. 10.) Dürck: Syringomyelie und Unfall. — Krauss: Wanderrose als Todesursache. — Billström: Die Prognose der traumatischen Neurose im allgemeinen. — Rumpf: Bericht über die Sitzung der rheinisch-westfälischen Gesellschaft für Versicherungsmedizin usw. — Schwab: II. Internationaler Kongreß für Rettungswesen und Unfallverhütung.

*Zeitschrift für Versicherungswesen. (Berlin, Jahrgang 1913, Nr. 39 bis 46.) Josef: Kann der Grundstückserwerber nach der Übergabe, aber vor erfolgter Eintragung seines Eigentumes das Versicherungsverhältnis kündigen? — Lübstorff: Betrachtungen über den öffentlichen Betrieb und den Privatbetrieb in der Feuerversicherung. — Der erste Geschäftsbericht des Verbandes öffentlicher Lebensversicherungs-Anstalten in Deutschland. — Josef: Erläuterungen der Versicherungs-Bedingungen durch den Agenten. — Der Wasserleitungs-Haftpflichtschaden. — Cuno: Die Reichsabgabe von Versicherungen.

*Zentralblatt der Reichsversicherung. (Frankfurt a. M., 9. Jahrgang, Nr. 19 bis 22.) Krause: Vermögensaufteilung bei Auflösung von Krankenkassen. — Stier-Somlo: Die Organisation der Krankenkassen und die Aufgaben der Praxis. — Zorn: Der § 177 des AVG, seine technische, wirtschaftliche und soziale Berechtigung. — Lange: Die Ausdehnung der Reichs-Unfallversicherung auf die sogenannten Unfälle des täglichen Lebens. — Stier-Somlo: Streitfragen im Angestelltenversicherungsrecht. — Hanow: Die Leistungsfähigkeit des Dienstherrn bei anderweitiger Versicherung des Gesindes im Sinne von §§ 418 ff., 445 ff. der RVO.

*National-Ökonom (Wien, 26. Jahrgang, Nr. 27 bis 32.) Resultate der deutschen Transportversicherungs-Aktien-Gesellschaft im Jahre 1912 in Mark. — Öffentliche Lebensversicherungs-Anstalten in Deutschland. — Paralyse und Syphilis. — Die privaten Versicherungs-Unternehmungen in Österreich 1911.

*Österreichische Revue. (Wien, 38. Jahrgang, Nr. 39 bis 47.) Elbe: Der Prämienhandel in der Unfall- und Haftpflichtbranche in Österreich und Deutschland. — Littemann: Der Spediteur als Versicherer. — Loew: Steuer- und Gebührenfragen des österreichischen Versicherungswesens. — Grohmann: Ekzema bei Lebensversicherungskandidaten. — Tauber: Die Sterblichkeitsuntersuchung in der Invalidenversicherung. — Schadensversicherung für fremde Rechnung. — Grohmann: Krampfadern bei Versicherungskandidaten. — v. Frankenberg: Ordentlicher Rechtsweg oder Schiedsgerichte? — Blumhardt: Die Wirkung der Zession in der Haftpflichtversicherung. — Über die Mißstände bei der Verwendung von Nettokostenaufstellungen.

*Österreichische Versicherungs-Zeitung. (Wien, 40. Jahrgang. Nr. 39 bis 47.) Koeppler: Die Herleitung der Regel von Bayes bei einer größeren Anzahl von Wahrscheinlichkeiten.

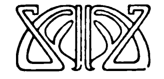
*Arbetarskyddet. (Stockholm, Jahrgang 1913, Heft 10.) Sidvall: Om olycksfall i arbete, särskilt vid vis major.

*Bulletin Trimestriel de l'Institut des Actuaires Français. (24. Jahrgang, Nr. 94.) Bellom: Chronique. — Razous: Contribution à l'évaluation des risques résultant de la réparation des maladies professionnelles.

*Internationale Agrar-Ökonomische Rundschau. (Rom, 4. Jahrgang, Heft 10.) Die Hagelversicherung in Frankreich. — Ein Vorschlag zur Einführung der obligatorischen Hagelversicherung in einem schweizerischen Kanton.

*Insurance Engineering. (New York, 26. Band, 3. Heft.) Safeguarding theaters against fire. — The »Imperator« fire. — Schaack: Cotton mill safeguards. — Barker: How to organize safety work.

*Market World and Chronicle. (New York, 92. Jahrgang, Neue Serie Vol. VI, Nr. 12 bis 19.) Taylor: Workmen's compensation from a medical point of view. — Cotton: Measuring the loss payable under fire insurance policies. — Limitation of acquisition cost on liability insurance. — The preservation of human life in factory fires. — Hansen: Industrial accidents, their compensation and prevention. — Emmet: What should be the attitude of the state toward the business of fire insurance. — Wall: Popular fallacies with regard to fire insurance. — Insurance against forest fire losses in Norway. — Emmet: The present insurance situation from an insurance superintendent's viewpoint. — Young: National character blighted, industry curbed, by Germany's social insurance schemes.



Schluß der Redaktion: 14. Dezember 1913.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W 30.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstraße 68—71.



Abhandlungen.

Die hauptsächlichsten Unterschiede der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Von Regierungsassessor Dr. jur. Sitzler (Berlin-Zehlendorf).

Der Name „Angestelltenversicherung" ist kurz, aber nicht bezeichnend. Er bestärkt die ohnehin vielfach verbreitete Vorstellung, als zerfalle die deutsche Sozialversicherung nach den Gruppen der geschützten Personen in eine Versicherung der Arbeiter und eine solche der Angestellten, von denen die erste in der Reichsversicherungsordnung, die andere im Angestelltenversicherungsgesetz zusammengefaßt sei. Tatsächlich sind die einzelnen Versicherungszweige aber nach der Eigenart der Entschädigungsfälle, also nach Fürsorgegebieten geschieden. Der Reichsversicherungsordnung unterfallen nicht nur eigentliche Lohnarbeiter, sondern auch zahlreiche Gruppen des Mittelstandes. Die Unfall- und Krankenversicherung der Angestellten ist sogar ausschließlich in der Reichsversicherungsordnung geregelt. Lediglich auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist neben die Fürsoge der Reichsversicherungsordnung noch diejenige des Angestelltenversicherungsgesetzes getreten. Dieses Gesetz enthält also durchaus keine erschöpfende Regelung der versicherungsrechtlichen Verhältnisse der Angestellten. Die deutsche Sozialversicherung zerfällt vielmehr nach wie vor in drei Versicherungszweige, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Nur hinsichtlich der letzteren greift jetzt eine weitere Trennung Platz.

Auch auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung schließen sich die Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung und dem Angestelltenversicherungsgesetz nicht aus, sondern gehen vielfach nebeneinander her. Bis zu einem Jahresarbeitsverdienste von 2000 M. waren die Angestellten schon bisher nach der Reichsversicherungsordnung zwangsversichert. Diese Versicherung bleibt unverändert bestehen, so daß also etwa ¾ der dem Angestelltenversicherungsgesetz Unterstellten zwei Millionen nunmehr gegen Invalidität, Alter und zugunsten ihrer Hinterbliebenen doppelt versichert sind. In Zukunft wird der Prozentsatz der doppelt Versicherten zweifellos noch steigen, da mit der fortschreitenden Ausbreitung des Versicherungsgedankens wohl immer weniger Angestellte ihre so leicht und billig zu erhaltende Anwartschaft aus der Arbeiterversicherung verfallen lassen werden.

In der Abgrenzung des versicherten Personenkreises lehnt sich das Angestelltenversicherungsgesetz eng an die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung an, um die langjährige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes auch dem neuen Versicherungszweige nutzbar zu machen. Beschäftigte in niederer Stellung, also eigentliche Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Dienstboten und Lehrlinge aller Art sind lediglich nach der Reichsversicherungsordnung versichert, während umgekehrt Angestellte in höherer und leitender Stellung nur dem Angestelltenversicherungsgesetz unterfallen. Im übrigen stimmen die versicherten Gruppen überein. Beide Gesetze unterstellen der Versicherungspflicht Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher. Angestellte dieser Gruppen sind also doppelt versichert, soweit sie nicht die Gehaltsgrenze überschreiten, welche die Reichsversicherungsordnung bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienste von 2000 M., das Angestelltenversicherungsgesetz erst bei einem solchen von 5000 M. zieht. Eine merkwürdige Ausnahme bilden die Offiziere und Angestellten auf Schiffen mit Ausnahme des Kapitäns; sie sind nach der Reichsversicherungsordnung ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes versichert, so daß hier also die Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung weiter reicht als nach dem Angestelltenversicherungsgesetz. Von der Normierung einer unteren Gehaltsgrenze sehen beide Gesetze ab. Als untere Altersgrenze setzen sie übereinstimmend die Vollendung des 16. Lebensjahres fest. Dagegen besteht eine obere Altersgrenze für Pflichtversicherte nur in der Angestelltenversicherung; hier bleiben Personen, die beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das 60. Lebensjahr vollendet haben, mit Rücksicht auf die längere Wartezeit und die erhebliche Beitragshöhe von der Versicherung frei.

Hinsichtlich der allgemeinen Voraussetzungen der Versicherungspflicht bestehen kaum Unterschiede. Hier wie dort fordert das Gesetz ein bestimmtes konkretes Beschäftigungsverhältnis, also eine unselbständige, abhängige Tätigkeit. Diese Tätigkeit muß eine entgeltliche, freiwillige und gesetzlich zulässige sein und, soweit nicht Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher in Frage stehen, im Hauptberuf ausgeübt werden. Vorübergehende Dienstleistungen bleiben nach näherer Bestimmung des Bundesrats versicherungsfrei. Eine derartige Bestimmung ist für die Angestelltenversicherung erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes am 9. Juli 1913 ergangen. Sie ist zwar der Bekanntmachung vom 27. Dezember 1899 zum Invalidenversicherungsgesetze nachgebildet, weist aber im einzelnen doch recht erhebliche Änderungen auf.

Soweit die Voraussetzungen beider Gesetze erfüllt sind, findet eine doppelte Versicherung statt. Diese hat aber nicht, wie die betroffenen Volkskreise vielfach annehmen, eine doppelte Beitragslast zur Folge. Die doppelt versicherten Angestellten bezahlen wohl zweierlei Beiträge; die Beiträge für die Angestelltenversicherung sind aber in den Gehaltsklassen bis zu 2000 M. nur so hoch bemessen, daß

sie zusammen mit den nach der Reichversicherungsordnung zu entrichtenden etwa 8 % des versicherten Einkommens betragen, während in den höheren Gehaltsklassen die Angestelltenversicherungsbeiträge für sich allein diese Höhe haben. Ebenso werden die Leistungen der Angestelltenversicherung neben denen der Reichsversicherungsordnung nur insoweit gewahrt, als das nicht zu einer Überversicherung führt.

Der freiwilligen Versicherung steht die Reichsversicherungsordnung viel freundlicher gegenüber als das Angestelltenversicherungsgesetz. Die freiwillige Selbstversicherung wurde in der Angestelltenversicherung überhaupt nur als Übergangsmaßregel für das Jahr 1913 zugelassen und auch während dieser Zeit nur in engen Grenzen, um nicht das Risiko zum Nachteil der Pflichtversicherten zu erhöhen. Die freiwillige Weiterversicherung ist zwar zugelassen, aber trotz der vom Reichstag vorgenommenen erheblichen Milderung der vom Entwurf vorgeschlagenen Vorschriften noch immer an weit schwerere Voraussetzungen geknüpft als in der Reichsversicherungsordnung. Während diese die freiwillige Weiterversicherung jedem gestattet, der auch nur einen wirksamen Beitrag aufweisen kann und nur bei der Regelung der Wartezeit einen gewissen Schutz gegen eine unbeabsichtigte Inanspruchnahme der Versicherungsanstalten vorsieht, verlangt die Angestelltenversicherung stets mindestens sechs wirksame Monatsbeiträge, wobei allerdings nach dem Beschluß der Reichstagskommission auch Militärdienst und Krankheit mitzählen. Auch die freiwillige Höherversicherung Versicherungspflichtiger, welche die Reichsversicherungsordnung ohne jede Einschränkung gestattet, ist nach dem Angestelltenversicherungsgesetz nur in beschränktem Umfang zulässig. Eine freiwillige Zusatzversicherung schließlich kennt die Angestelltenversicherung überhaupt nicht. Diese Art der freiwilligen Versicherung ist von der Reichsversicherungsordnung ja auch hauptsächlich geschaffen worden, um besser situierten Versicherten die Erreichung höherer Renten zu ermöglichen; mit der Zwangsversicherung der Angestellten hat sie ihre Bedeutung zum größten Teile verloren.

Wenden wir uns dem Gegenstande der Versicherung zu, so finden wir neben einer gewissen Gleichheit der Grundgedanken die größten Verschiedenheiten in der Durchführung. Beide Gesetze wollen die Versicherten und ihre Angehörigen in den Fällen der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes des Ernährers sicherstellen und erfüllen diesen Zweck hauptsächlich durch Gewährung von Geldrenten. Der Anspruch auf die Leistungen kann in beiden Fällen nur durch Zurücklegung einer Wartezeit, d. h. durch Entrichtung einer bestimmten Anzahl von Beiträgen[1]) erworben werden. Hier beginnen aber bereits die Verschiedenheiten. Während sich die Wartezeit nach der Reichsversicherungsordnung aus Beitragswochen zusammensetzt, rechnet das Angestelltenversicherungsgesetz nach

[1]) Die von *Bernstein-Kupferberg* in ihrem Kommentar (§ 1, Anm. 11; § 48, Anm. 2) vertretene Ansicht, daß zur Erfüllung der Wartezeit versicherungspflichtige Beschäftigung ohne Beitragsleistung genüge, ist unzutreffend und von der Literatur einstimmig abgelehnt worden.



Beitragsmonaten. Die Dauer der Wartezeit ist in der Angestelltenversicherung mit Rücksicht auf die höheren Leistungen viel länger. Nach der Reichsversicherungsordnung beträgt sie für die Invalidenrente und die Hinterbliebenenfürsorge mindestens 200, für die Altersrente mindestens 1200 Beitragswochen, also im ersten Falle etwa 4, im zweiten etwa 23 Jahre. In der Angestelltenversicherung sind dagegen regelmäßig 120 Beitragsmonate, also eine zehnjährige Beitragsleistung erforderlich. Das gilt auch für das Altersruhegeld. Nur für Ruhegeldansprüche weiblicher Versicherten und während einer zehnjährigen Übergangszeit auch für Hinterbliebenenansprüche genügen 60 Beitragsmonate. Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten werden nach dem Angestelltenversicherungsgesetz, im Gegensatz zur Reichsversicherungsordnung, nicht auf die Wartezeit angerechnet.

Sind die Voraussetzungen für den Erwerb von Ansprüchen in der Angestelltenversicherung schwerer, so sind dafür auch ihre Leistungen viel weitergehend. Das ergibt schon eine Gegenüberstellung der Versicherungsfälle. Bei Prüfung der Invalidität nach der Reichsversicherungsordnung werden „Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend“ zum Vergleich herangezogen, während nach dem Angestelltenversicherungsgesetz „Versicherte von ähnlicher Ausbildung und gleichartigen Kenntnissen und Fähigkeiten“ maßgebend sind. Der Kreis der in Rücksicht zu ziehenden Erwerbsmöglichkeiten ist in der Angestelltenversicherung im allgemeinen enger. Der nach der Reichsversicherungsordnung Versicherte darf auf jede Tätigkeit verwiesen werden, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann; der nach dem Angestelltenversicherungsgesetz Versicherte dagegen nur auf eine solche, die ähnliche Anforderungen an die Leistungsfähigkeit stellt und im wesentlichen die gleiche Ausbildung voraussetzt. Ein noch wichtigerer Unterschied besteht darin, daß die Invalidität eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als zwei Drittel, die Berufsunfähigkeit aber nur um mehr als die Hälfte der normalen fordert. Es wird bei doppelt versicherten Angestellten also häufig vorkommen, daß Berufsunfähigkeit anerkannt werden muß, Invalidität aber noch nicht vorliegt. In solchen Fällen wird die Anwartschaft auf die Leistungen der Reichsversicherungsordnung, sofern der Versicherte nicht versicherungspflichtig arbeitet, durch den Bezug des Ruhegeldes gewahrt, wie § 27 des Angestelltenversicherungsgesetzes in Ergänzung der Reichsversicherungsordnung besonders vorschreibt.

Hinsichtlich des Versicherungsfalles des Alters sind die Vorschriften des Angestelltenversicherungsgesetzes insofern günstiger, als das Altersruhegeld mit Vollendung des 65. Lebensjahres, die Altersrente aber erst mit Vollendung des 70. gezahlt wird. Allerdings soll auch in der Arbeiterversicherung die Festsetzung der Altersgrenze im Jahre 1915 einer erneuten Prüfung durch die gesetzgebenden Faktoren unterzogen werden, wie Art. 84 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung ausdrücklich vorschreibt.

Die Berechnung des Ruhegeldes und der Invaliden- oder Altersrente ist völlig verschieden. Das Ruhegeld beträgt sowohl im Falle

des Alters wie der vorübergehenden oder dauernden Berufsunfähigkeit stets ein Viertel der in den ersten 120 Beitragsmonaten entrichteten und ein Achtel der weiteren Beiträge. Es beginnt also nach 10 Jahren mit 25 % und steigt dann jährlich um etwa 1 % des durchschnittlichen versicherten Einkommens. In der Arbeiterversicherung setzt sich die Invalidenrente aus dem Reichszuschuß, einem Grundbetrag und Steigerungssätzen, die Altersrente aus dem Reichszuschuß und einem nach Lohnklassen abgestuften Jahresbetrag zusammen. Im allgemeinen sind die Leistungen der Angestelltenversicherung, den Beiträgen entsprechend, höher. Zuungunsten der Angestelltenversicherung kommt aber in Betracht, daß das Reich keinerlei Zuschuß zu ihren Leistungen gewährt, und daß sie die von der Reichsversicherungsordnung neu vorgesehene Kinderzuschußrente nicht kennt. Beides fällt, namentlich bei kurzer Beitragszeit und niedriger Lohnklasse, erheblich ins Gewicht. Will man zahlenmäßige Vergleiche anstellen, so beträgt z. B. bei einem Einkommen von 850 bis 1150 M. (Lohnklasse IV, Gehaltsklasse C) nach zehnjähriger Beitragsleistung die Invalidenrente 192 M., das Ruhegeld 144 M. und nach vierzigjähriger Beitragsleistung die Invalidenrente 348 M., die Altersrente 200 M., das Ruhegeld 360 M., wofür den Landesversicherungsanstalten 208 bzw. 832 M., der Reichsversicherungsanstalt 576 bzw. 2304 M. an Beiträgen entrichtet worden sind. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß in der Angestelltenversicherung die weit höhere Hinterbliebenenversicherung etwa die Hälfte der Beiträge beansprucht.

An Hinterbliebenenbezügen gewähren beide Gesetze Witwenrente, Waisenrente und ausnahmsweise auch Witwerrente. Witwengeld und Waisenaussteuer kennt die Angestelltenversicherung nicht. Darin liegt aber nicht etwa ein Nachteil gegenüber der Arbeiterversicherung. Witwengeld und Waisenaussteuer sollen in der Reichsversicherungsordnung nur einen Ausgleich dafür bilden, daß die für ihre eigene Person versicherte Witwe nicht gleichzeitig Invaliden- und Witwenrente beziehen kann. Das Angestelltenversicherungsgesetz kennt eine derartige Beschränkung nicht, sondern gewährt die aus der eigenen Versicherung erwachsenden Ansprüche neben denen aus der Versicherung des verstorbenen Ernährers. Damit entfällt natürlich auch der Grund für derartige Ausgleichsleistungen. Hinsichtlich der Witwenrente besteht ein sehr wichtiger Unterschied darin, daß die Reichsversicherungsordnung Invalidität der Witwe voraussetzt, das Angestelltenversicherungsgesetz aber keinerlei Beschränkung der Erwerbsfähigkeit fordert. Die Witwe eines doppelt versicherten Angestellten erhält also die Witwenrente der Angestelltenversicherung ohne weiteres vom Todestage des Ehemannes, die Witwenrente der Arbeiterversicherung aber erst vom Eintritt ihrer Invalidität an. Bei Wiederverheiratung fallen beide Renten weg, und zwar die der Reichsversicherungsordnung ohne weiteres, die des Angestelltenversicherungsgesetzes gegen eine Abfindung in Höhe des dreifachen Jahresbetrages. Die Waisenrenten laufen in der Arbeiterversicherung bis zum vollendeten 15., in der Angestelltenversicherung bis zum vollendeten 18. Lebensjahre. Während aber nach der Reichs-

versicherungsordnung auch elternlose Enkel Rente erhalten können, beschränkt das Angestelltenversicherungsgesetz die Waisenrente auf Kinder.

Die Höhe der Hinterbliebenenbezüge hängt von der Beitragsleistung des verstorbenen Ernährers ab und berechnet sich nach Bruchteilen der Invalidenrente oder des Ruhegeldes, das dieser zur Zeit seines Todes bezogen hat oder bei Invalidität bezogen hätte. Für die Rente der Witwe oder des Witwers kommen in der Angestelltenversicherung zwei Fünftel des Ruhegeldes, in der Arbeiterversicherung drei Zehntel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente in Ansatz. Die Waisenrente beträgt nach dem Angestelltenversicherungsgesetz ein Fünftel und bei Doppelwaisen ein Drittel der Witwenrente, während nach der Reichsversicherungsordnung bei nur einer Waise drei Zwanzigstel und bei mehreren Waisen für die erste drei Zwanzigstel und für jede weitere ein Vierzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente angerechnet werden. Zu beachten ist aber auch hier, daß in der Arbeiterversicherung zu jeder Rente noch der Reichszuschuß kommt, der bei Witwen- und Witwerrenten je 50 M., bei Waisenrente je 25 M. jährlich beträgt.

Statt der regelmäßigen Rentenzahlungen können sowohl die Landesversicherungsanstalten als die Reichsversicherungsanstalt unter bestimmten Voraussetzungen Invaliden- und Waisenhauspflege und Kapitalabfindung gewähren. Die Vorschriften über die Invaliden- und Waisenhauspflege stimmen im wesentlichen überein. Dagegen bestehen hinsichtlich der Kapitalabfindung erhebliche Unterschiede. Die Reichsversicherungsordnung läßt eine Abfindung nur bei Ausländern zu, und zwar gegen Zahlung des dreifachen, bei Waisenrenten des anderthalbfachen Jahresbetrages. Das Angestelltenversicherungsgesetz hat aber mit Rücksicht auf die Höhe seiner Leistungen von einer verschiedenen Behandlung der In- und Ausländer abgesehen. Es gestattet die Abfindung bei allen Berechtigten, die ihren inländischen Wohnsitz aufgeben, und zahlt als Abfindung stets die Hälfte des Kapitalwertes der Bezüge. Auch im übrigen gewährt das Angestelltenversicherungsgesetz In- und Ausländern gleiche Leistungen, während die Reichsversicherungsordnung beim Ruhen der Renten und bei der Berechnung der Hinterbliebenenbezüge wichtige Unterschiede macht (vgl. die §§ 1268, 1313 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung).

Eine besondere Eigentümlichkeit der Angestelltenversicherung bilden die Sonderleistungen an weibliche Versicherte. Sie sollen die geringere Inanspruchnahme der Versicherung infolge des Wegfalls der Witwenrente und meistens auch der Waisenversorgung ausgleichen. Hierher gehört zunächst einmal die Abkürzung der Wartezeit für das Ruhegeld auf 60 Beitragsmonate. Außerdem werden beim Tode weiblicher Versicherten und bei ihrem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht infolge von Verheiratung die entrichteten Beiträge zur Hälfte zurückerstattet oder statt dessen eine Leibrente gewährt. Der Reichsversicherungsordnung sind alle derartigen Sonder-

leistungen fremd, insbesondere hat sie die Beitragserstattung, die das Invalidenversicherungsgesetz noch kannte, völlig beseitigt.

Die freiwillige Gewährung von Heilverfahren zwecks Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wird in der Angestelltenversicherung dieselbe wichtige Rolle spielen wie in der Arbeiterversicherung. Nach der Erklärung eines Regierungsvertreters soll die Reichsversicherungsanstalt für die Zwecke des Heilverfahrens 5 % der Beiträge in Höhe von etwa 7½ Millionen Mark jährlich aufwenden. Doppelt versicherte Angestellte können also sowohl von der Landesversicherungsanstalt als von der Reichsversicherungsanstalt in Heilbehandlung genommen werden. Hat die Landesversicherungsanstalt bereits ein Heilverfahren eingeleitet, so wird dadurch ein Heilverfahren der Reichsversicherungsanstalt ausgeschlossen. Beide Versicherungsträger können aber auch ein gemeinsames Heilverfahren vereinbaren, indem einer von ihnen die Durchführung gegen Erstattung eines Teils der Kosten durch den anderen übernimmt. Ohne solche Vereinbarung stehen ihnen gegenseitige Ersatzansprüche nicht zu. Das Hausgeld, welches die Versicherungsträger den bisher von dem Versicherten unterhaltenen Angehörigen während des Heilverfahrens zu gewähren haben, beträgt in der Angestelltenversicherung drei Zwanzigstel des zuletzt gezahlten Monatsbeitrags, in der Arbeiterversicherung ein Viertel des Ortslohnes gewöhnlicher Tagearbeiter oder, wenn der Versicherte der Krankenversicherung unterliegt, die Hälfte des maßgebenden Grundlohnes. Im übrigen stimmt die gesetzliche Regelung des Heilverfahrens im wesentlichen überein. Nur insofern besteht noch ein wichtiger Unterschied, als nach der Reichsversicherungsordnung auch allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zulässig sind, das Angestelltenversicherungsgesetz aber nur ein Heilverfahren zugunsten bestimmter einzelner Personen gestattet.

Die Feststellung der gesetzlichen Leistungen geschieht in der Arbeiterversicherung durch den Versicherungsträger selbst, in der Angestelltenversicherung aber durch den Rentenausschuß. Dieser ist zwar Organ der Reichsversicherungsanstalt, aber bei Feststellung der Leistungen nicht an ihre Weisungen gebunden. Die Entscheidung trifft der Vorsitzende des Rentenausschusses, regelmäßig unter Zuziehung je eines Vertreters der Arbeitgeber und Versicherten und nach mündlicher Verhandlung. Das Feststellungsverfahren ist also in der Angestelltenversicherung bereits ein Streitverfahren, an dem die Reichsversicherungsanstalt ebenso wie der Versicherte als Partei beteiligt ist. Gegen die Entscheidung kann Berufung und in wichtigeren Fällen Revision eingelegt werden, die in der Arbeiterversicherung an das Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt, in der Angestelltenversicherung an das Schiedsgericht und Oberschiedsgericht geht. Das Verfahren weist grundsätzliche Unterschiede kaum auf; erwähnt sei aber, daß in der Angestelltenversicherung ein Ersatz außergerichtlicher Kosten nicht stattfindet. Die Auszahlung der

festgesetzten Leistungen erfolgt nach beiden Gesetzen in gleicher Weise durch die Post. Diese erhält aber von der Reichsversicherungsanstalt, im Gegensatz zu der in der Arbeiterversicherung getroffenen Regelung, eine Vergütung, deren Höhe der Bundesrat festsetzt.

In ihrer Organisation stehen beide Versicherungszweige völlig selbständig nebeneinander. Man hatte zwar vielfach befürwortet, die neue Versicherung den bereits bestehenden Trägern der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu übertragen. Dieser Vorschlag ist aber, hauptsächlich aus finanziellen und versicherungstechnischen Bedenken, abgelehnt worden. Eine völlige Verschmelzung beider Versicherungen wäre bei der Verschiedenheit des versicherten Risikos doch nicht möglich gewesen. Man hätte bei jeder Versicherungsanstalt eine besondere Abteilung für die Angestelltenversicherung einrichten müssen. Das hätte zur Bildung so kleiner Versicherungsträger geführt, daß ihre Leistungsfähigkeit zweifelhaft gewesen wäre. Schließlich hätte die große Zahl der Versicherungsträger bei dem häufigen Stellenwechsel der Angestellten ein schwieriges und kostspieliges Verteilungsverfahren notwendig gemacht. Man hat deshalb für die Angestelltenversicherung eine einzige neue, alle Angestellten umfassende Reichsversicherungsanstalt geschaffen. Daraus entspringen zweifellos erhebliche Vereinfachungen gegenüber der Arbeiterversicherung. Es erübrigen sich z. B. Vorschriften über die Zuständigkeit, über die gemeinsame Tragung des Risikos und über die Verteilung und Ausgleichung der Belastung.

Die Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt sind Anstalten des öffentlichen Rechts. An Organen besitzen die Landesversicherungsanstalten den Vorstand und Ausschuß, die Reichsversicherungsanstalt das Direktorium, den Verwaltungsrat, den Rentenausschuß und die Vertrauensmänner. Beide Versicherungsträger sind mit dem Rechte der Selbstverwaltung ausgestattet. Nach dem Entwurf zum Angestelltenversicherungsgesetz sollte das Laienelement fast nur zu beratender Mitwirkung zugelassen werden, der Reichstag hat aber seinen Einfluß wesentlich verstärkt. Trotzdem ist die behördliche Einwirkung in der Angestelltenversicherung auch jetzt noch viel stärker ausgebildet als in der Arbeiterversicherung. Das Gesetz macht dies schon dadurch kenntlich, daß in der Reichsversicherungsordnung nur der Vorstand der Versicherungsanstalt, im Angestelltenversicherungsgesetz aber die Reichsversicherungsanstalt selbst als öffentliche Behörde bezeichnet ist. Bei der Beschlußfassung des Direktoriums müssen stets die beamteten Mitglieder in der Mehrzahl sein, während im Vorstande der Landesversicherungsanstalten gerade umgekehrt die nicht beamteten Mitglieder den Ausschlag geben. Auch das den Landesversicherungsanstalten zustehende Recht, ihre Verfassung und Verwaltung in einer Satzung näher zu regeln, ist der Reichsversicherungsanstalt versagt. Bei ihr treten die vom Reichskanzler erlassenen Geschäftsordnungen an die Stelle der Satzung. Doch besitzt die Reichsversicherungsanstalt immerhin eine gewisse Autonomie. Insbesondere ist ihr die nähere Regelung des Beitragswesens in weitem Umfang überlassen. Die behördliche Aufsicht übt bei den Landesversicherungsanstalten das Reichs- oder

Landesversicherungsamt, bei der Reichsversicherungsanstalt der Reichskanzler durch das Reichsamt des Innern aus.

Wie die Versicherungsträger stehen die Versicherungsbehörden unabhängig nebeneinander. Auch hier wurde die Übertragung der Rechtsprechung der Angestelltenversicherung auf die schon vorhandenen Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt dringend gefordert, aber, namentlich unter Hinweis auf die ohnehin bestehende große Belastung des Reichsversicherungsamtes, schließlich abgelehnt. Die Notwendigkeit einer einheitlichen Entwicklung der Rechtsprechung in den beiden verwandten Versicherungszweigen erkannte man allerdings an, man glaubte aber diesem Bedürfnis genügend Rechnung zu tragen, indem man die Beteiligung zweier ständigen Mitglieder des Reichsversicherungsamtes an dem Revisions- und Beschlußverfahren des Oberschiedsgerichts vorschrieb und die im Beitragsstreitverfahren ergangenen Feststellungen über die versicherungsrechtliche Zugehörigkeit in gewissem Umfang für gegenseitig bindend erklärte.

Will man die Behörden im einzelnen vergleichen, so entspricht der Rentenausschuß im allgemeinen dem Versicherungsamt. Während aber das Versicherungsamt lediglich eine von den Versicherungsanstalten unabhängige staatliche Behörde ist, nimmt der Rentenausschuß eine eigenartige Zwischenstellung ein. Er hat zwar gleichfalls die Eigenschaft einer Behörde, ist aber Organ der Reichsversicherungsanstalt und nur hinsichtlich seiner rechtsprechenden Tätigkeit von ihr unabhängig. Dem Schiedsgericht und Oberschiedsgericht entspricht in der Arbeiterversicherung das Oberversicherungsamt und Reichs- oder Landesversicherungsamt. Hier besteht ein wichtiger Unterschied insofern, als dem Schiedsgericht und Oberschiedsgericht fast nur Aufgaben der Rechtsprechung, den Behörden der Arbeiterversicherung aber auch solche der Verwaltung übertragen sind.

In der Aufbringung der Mittel geht die Angestelltenversicherung vielfach eigene Wege. Wie bereits hervorgehoben, erhält die Reichsversicherungsanstalt im Gegensatz zu den Landesversicherungsanstalten keinerlei Zuschüsse oder sonstige unentgeltliche Leistungen seitens des Reiches. Sie ist lediglich auf Beiträge angewiesen. Diese werden wie in der Arbeiterversicherung von den Versicherungspflichtigen und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte getragen. Die Bemessung erfolgt in beiden Versicherungszweigen nach dem Prämiendurchschnittsverfahren, und zwar in der Reichsversicherungsordnung für Beitragswochen, in dem Angestelltenversicherungsgesetz für Beitragsmonate. Während aber in der Arbeiterversicherung der Wochenbeitrag der niedrigste Beitrag ist, der auch bei kürzerer Beschäftigung entrichtet werden muß, entspricht in der Angestelltenversicherung der Beitrag stets der tatsächlichen Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung. War diese kürzer als einen Monat, so wird ein individueller Beitrag in Höhe von 8 % des auf die Beschäftigung entfallenden Entgelts entrichtet. Im übrigen betragen die Beiträge nach der Reichsversicherungsordnung wöchentlich 16 bis 48 Pf., nach dem Angestelltenversicherungsgesetz monatlich 1,60 bis 26,60 M., wobei in der Reichsversicherungsordnung fünf, im Angestelltenversicherungs-

gesetz neun Abstufungen stattfinden. Bei gleichen Gehaltsverhältnissen betragen die Angestellenversicherungsbeiträge durchschnittlich in Gehaltsklasse A das 1,6—2,4 fache, in Gehaltsklasse B das 2,56 fache, in Gehaltsklasse C das 3,03 fache, in Gehaltsklasse D das 3,55 fache und in Gehaltsklasse E das 5,03 fache der Arbeiterversicherungsbeiträge. Die Entrichtung der Beiträge erfolgt in der Arbeiterversicherung nach dem Markensystem, indem der Arbeitgeber die bei der Post käuflichen Beitragsmarken in die Quittungskarte des Versicherten einklebt und entwertet. Die Angestelltenversicherung hat dieses System nicht übernommen, sondern fordert bare Einzahlung im Wege des Postscheckverkehrs. Die regelmäßigen Monatsbeiträge müssen schon nach der gesetzlichen Regelung in bar entrichtet werden. Für die nach dem Entgelt bemessenen Beiträge für Monatsteile hatte das Gesetz dagegen Zahlung durch Markenklebung vorgesehen. Die Reichsversicherungsanstalt hat nun auf Grund der ihr übertragenen Ermächtigung durch die Bekanntmachung vom 24. Mai 1912 auch im letzteren Falle die Markenverwendung beseitigt. Danach kommen Marken in der Angestelltenversicherung überhaupt nur noch insofern in Betracht, als sie zur Quittierung der Monatsbeiträge (nicht auch der Beiträge für Monatsteile) verwendet werden können. Der Arbeitgeber erhält auf sein ausdrückliches Verlangen von der Reichsversicherungsanstalt nach Einsendung der Beiträge auf seine Kosten Quittungsmarken übersandt, die er in die Versicherungskarte des Angestellten einzukleben und zu entwerten hat. Er kann die Quittung aber auch selbst ausstellen, indem er handschriftlich oder durch Stempel Beitragsmonat, Beitragssumme und seinen Namen in die Versicherungskarte einträgt, und er wird diesen Weg als den einfacheren und billigeren wohl durchweg vorziehen.

Aus der Art der Beitragsentrichtung folgt ohne weiteres die geringere Bedeutung der Versicherungskarte der Angestelltenversicherung gegenüber der Quittungskarte der Arbeiterversicherung. Die Quittungskarte enthält wirkliche Beiträge, die wird der Berechnung der Leistungen unmittelbar zugrunde gelegt werden. In der Angestelltenversicherung erfolgt die Berechnung dagegen lediglich nach den bei der Reichsversicherungsanstalt geführten Versicherungskonten; die Versicherungskarte dient lediglich as Quittung für den Angestellten und bleibt deshalb auch dauernd in seinem Besitze. Die Namen „Quittungskarte“ und „Versicherungskarte“ sind also wenig glücklich gewählt und wären bezeichnender, wenn man sie vertauschen würde.

Auch die viel weitergehende Anerkennung der formellen Versicherung in dem Angestelltenversicherungsgesetz hängt mit der Art der Beitragsleistung zusammen. Die Reichsversicherungsanstalt ist durch die ihr zugehenden Aufnahmekarten und durch den unmittelbaren Eingang der Beiträge stets über die versicherungsrechtlichen Verhältnisse der Versicherten unterrichtet. Man kann ihr also wohl zumuten, zu Unrecht entrichtete Beiträge innerhalb eines Jahres zu beanstanden, widrigenfalls sie als zu Recht entrichtet gelten. Die Versicherungsanstalten erhalten aber lediglich die aufgerechneten Quittungskarten und können sich nur durch besondere Ermittlungen weitere Aufklärung verschaffen. Die Reichsversicherungsordnung

läßt daher auch die Anfechtung der Markenverwendung bis zum Ablauf von zehn Jahren nach Aufrechnung der Quittungskarte zu. Dagegen gibt sie den Versicherten einen in dem Angestelltenversicherungsgesetz nicht vorgesehenen Anspruch auf Feststellung der Gültigkeit der entrichteten Beiträge und erklärt die Anerkennung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung durch die Versicherungsanstalten ausdrücklich für bindend. Den Begriff dieser Anerkennung hat die neueste Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes zugunsten der Versicherten sehr weitherzig ausgelegt. In der Angestelltenversicherung wird man mit Rücksicht auf die kurze Beanstandungsfrist wohl kaum so weit gehen dürfen, wenngleich die Anerkennung der Versicherungspflicht selbst auch hier als wirksam angesehen werden muß.

Der nachträglichen Beitragsleistung steht die Reichsversicherungsordnung freundlicher gegenüber. Das Angestelltenversicherungsgesetz gestattet die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen nur dann vier Jahre lang, wenn weder den Versicherten noch den Arbeitgeber ein Verschulden trifft; nach der Reichsversicherungsordnung wird sie dagegen lediglich durch ein Verschulden des Versicherten ausgeschlossen. Freiwillige Beiträge dürfen in der Arbeiterversicherung auf ein Jahr zurück entrichtet werden, während sie in der Angestelltenversicherung spätestens bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, einbezahlt werden müssen und eine Beibringung im nächsten Jahre nur noch zwecks Wiederherstellung einer erloschenen Anwartschaft zulässig ist. Verspätet entrichtete Beiträge sind nach § 1442 der Reichsversicherungsordnung „unwirksam", nach 205 des Angestelltenversicherungsgesetzes aber „zurückzuweisen". Hierin liegt ein wichtiger Unterschied. Einmal sind die Beitrage nicht in der Angestelltenversicherung an sich unwirksam, wie in der Arbeiterversicherung, sondern sie bedürfen einer ausdrücklichen Zurückweisung. Sodann bedeutet Zurückweisung aber auch, daß eine Rückerstattung stattfindet.

Auch in den Vorschriften über Vermögensverwaltung hat sich das Angestelltenversicherungsgesetz der Reichsversicherungsordnung nur teilweise angeschlossen. Die völlige Übernahme der für die Versicherungsanstalten geltenden Grundsätze hätte eine ausreichende Verzinsung des Vermögens nicht erwarten lassen. Das Angestelltenversicherungsgesetz hat daher die Vorschriften des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 und teilweise auch des Hypothekenbankgesetzes vom 13. Juli 1899 zum Vorbilde genommen. Ein Viertel des Vermögens muß die Reichsversicherungsanstalt, ebenso wie die Landesversicherungsanstalten, in Reichs- und Staatsanleihen anlegen. Da diese Anlage nur eine durchschnittliche Verzinsung von 3½ % ergeben wird, muß sich der Rest des Vermögens mit 4 % verzinsen, was nur bei Anlage in Hypotheken zu erreichen sein wird.

Werfen wir schließlich noch einen Blick auf die Stellungnahme beider Gesetze zu einer sonstigen Sicherstellung der Angestellten bei öffentlichen oder privaten Kassen und Versicherungseinrichtungen, so fällt sofort auf, daß die Regelung dieser Verhältnisse in dem An-

gestelltenversicherungsgesetz einen viel breiteren Raum einnimmt. Es liegt dies hauptsächlich darin begründet, daß die neue Versicherung weit größere finanzielle Opfer erfordert, und daß ihr die unterstellten Personen schon viel umfassender gegen Notfälle gesichert waren. Die Einrichtung der Zuschußkassen kennen beide Versicherungszweige, die Angestelltenversicherung allerdings in weiterem Umfang. Die Regelung im einzelnen ist verschieden. Nach der Reichsversicherungsordnung können die Zuschußkassen ihre Leistungen um den Wert der gleichartigen reichsgesetzlichen Bezüge ermäßigen und müssen dafür ihre Beiträge entsprechend herabsetzen. In der Angestelltenversicherung findet dagegen eine Art Rückversicherung der Kassen bei der Reichsversicherungsanstalt statt, indem sie den Angestellten die Beiträge zur Reichsversicherungsanstalt aus Kassenmitteln bezahlen und die Leistungen der Reichsversicherungsanstalt auf ihre Kassenleistungen anrechnen. Die Umgestaltung zu Zuschußkassen geschieht nach beiden Gesetzen durch Satzungsänderung. Nur für die Hinterbliebenenleistungen der Knappschaftsvereine läßt die Reichsversicherungsordnung kraft Gesetzes eine Ermäßigung um den halben Wert der reichsgesetzlichen Leistungen eintreten. Den Ersatzkassen der Angestelltenversicherung entsprechen die Sonderanstalten der Reichsversicherungsordnung. Auch hier weist aber die gesetzliche Regelung große Unterschiede auf. So ist z. B. der Bundesrat nach dem Angestelltenversicherungsgesetz verpflichtet, Versicherungseinrichtungen bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen als Ersatzkassen zuzulassen, während die Reichsversicherungsordnung eine derartige Pflicht nur gegenüber Anstalten des Reichs, eines Bundesstaats oder eines Gemeindeverbands festsetzt. Die Berücksichtigung privater Lebensversicherungsverträge, welche die Angestelltenversicherung nicht nur in der Übergangszeit, sondern auch als dauernde Maßregel kennt, hat in der Arbeiterversicherung kein Gegenstück; eine übermäßige Belastung durch die Wochenbeiträge der Reichsversicherungsordnung ist ja auch kaum zu befürchten.

Hiermit sind wohl die hauptsächlichsten Unterschiede beider Gesetze kurz skizziert. Auf irgendwelche Vollständigkeit macht die Arbeit natürlich keinen Anspruch. Es sollte nur gezeigt werden, wie zahlreiche Abweichungen der teilweise verschiedene Personenkreis und die höheren Leistungen der neuen Versicherung bedingt haben. Es ist wichtig, sich über Art und Umfang dieser Abweichungen einmal klar zu werden; denn die wörtliche oder fast wörtliche Übereinstimmung zahlreicher Vorschriften verführt leicht dazu, feststehende Grundsätze der Arbeiterversicherung ohne weiteres auf die Angestelltenversicherung zu übertragen. Eine genauere Prüfung ergibt aber häufig, daß gleiche oder ähnliche Vorschriften in dem anderen Zusammenhang des neuen Gesetzes eine völlig veränderte Bedeutung gewinnen. Dieser Gesichtspunkt darf bei der Auslegung nie aus dem Auge gelassen werden, so wertvoll natürlich andererseits die reichentwickelte Judikatur der Arbeiterversicherung für den neuen Versicherungszweig ist.

Offene Fragen der Versicherung gegen Schaden durch Betriebsstillstand infolge Brand.[1]

Von Dirigent Ernst Hoppe (Wien).

Kontinentales und englisches System. — Vergütung des Reingewinnentganges plus der fortlaufenden Unkosten. — Vergütung des Bruttogewinnentganges minus der ersparten Unkosten. — Die Versicherung von Betrieben mit veränderlicher Intensität. — Empfiehlt sich die Zusammenziehung von Reingewinn und Unkosten in eine Versicherungspost, da doch der Mehrbetrag der fortlaufenden Unkosten in der Gewinnminderung zum Ausdrucke kommt? — Ist jeder bevorstehende Verlust auf die Chomageentschädigung anzurechnen? — Ausfall an Produktion, an Absatz, an Leistungen als Grundlage der Schadenvergütung. — Regieverlust an dem Produktionsausfall und Reingewinnentgang an dem Absatzausfall des Fabrikanten. Verlust des Fabrikanten an Vertriebsspesen. — Regieverlust und Reingewinnentgang an dem Absatzausfall des Händlers. — Harmonie mit dem Feuersachversicherer hinsichtlich der Vergütung für Regie und Gewinn an der verbrannten Ware. — Einholung des Ausfalles. — Absatzmöglichkeit. — Beschränkung von Produktion und Absatz durch kartellmäßige Verabredungen. — Schadenregulierung im vor- oder nachhinein. — Grenzgebiete zwischen Feuersach- und Betriebsstillstandversicherung. — Kosten von Maßnahmen behufs Erhaltung der versicherten Gegenstände und behufs schleuniger Wiederinbetriebsetzung. — Die Vergütung von Marktpreisen und Verkaufspreisen durch den Feuersachversicherer. — Die Stellung des Feuersachversicherers und des Chomageversicherers gegenüber den Rohstoffproduzenten. — Der zu erwartende Gewinn aus Schlußbriefen. — Die Gewinnvergütung, welche der Feuersachversicherer gewährt, wenn er dem Fabrikanten unter den Unkosten für die verbrannte Ware auch die Zinsen des Betriebskapitales ersetzt. — Die Gewinnlukrierung des Versicherten an der Entschädigung des Feuersachversicherers für Gebäude, Einrichtung und Waren. — Inwiefern die gesetzlichen Vorschriften über die Fälligkeit der Entschädigung es verhindern, eine solche Gewinnlukrierung auszuschließen. — Der Fälligkeitstermin der Chomageentschädigung und der Realisierungstermin des Gewinnes. — Risikobeurteilung und Prämiierung. — Die Feuersgefahr. — Einfluß eines Teilschadens auf die Fortführung des Gesamtbetriebes. — Zeiterfordernis zur Wiederinbetriebsetzung. — Ist es richtig, daß für eine kürzere Haftzeit eine relativ höhere Prämie berechnet wird? — Die eingeschränkte oder fehlende Einholungsmöglichkeit.

Als ich daranging, mich etwas eingehender mit denjenigen Fragen der Betriebsstillstandversicherung zu beschäftigen, welche ich als offene bezeichnen und den nachfolgenden Ausführungen zugrunde legen möchte, da hat sich mir öfters der Zweifel aufgedrängt, ob es nicht voreilig sei, heute schon über diese Probleme sprechen zu wollen, da wir Schadenversicherer doch alles Wissen und alle Theorie aus der Erfahrung schöpfen müssen und da uns eine solche in der Betriebsstillstandversicherung nur in sehr geringem Maße zur Verfügung steht. Wenn ich es dessenungeachtet unternehme, heute schon dieses interessante Thema zu behandeln, so werde ich oft nur problematische Erkenntnisse bieten können, von welchen

[1]) Der vorstehende Aufsatz bildet eine Ergänzung zu dem im Novemberhefte 1913 erschienenen Aufsatze desselben Verfassers. Beiden Aufsätzen liegen Vorträge zugrunde, welche der Verfasser im Rahmen der vom Österreichisch-ungarischen Verbande der Privat-Versicherungs-Anstalten eingerichteten Spezialkurse über Versicherungswesen gehalten hat.



die Erfahrung lehren mag, daß sie irrige Ansichten waren, noch häufiger aber werde ich bloß die bestehenden Schwierigkeiten erörtern können, es der Praxis überlassend, uns den bestmöglichen Weg zu ihrer Lösung zu zeigen. Noch nach einer anderen Richtung möchte ich nicht mißverstanden werden. Ich werde im Laufe meiner Ausführungen naturgemäß wiederholt bemüßigt sein, die in Deutschland und in Österreich-Ungarn für die Betriebsstillstandversicherung bestehenden Policenbedingungen und zum Schluß auch die Tarife einer kritischen Besprechung zu unterziehen; damit soll jedoch der hohe Wert des bisher Geschaffenen nicht geschmälert werden. Es handelt sich in der Betriebsstillstandversicherung um außerordentlich schwierige Probleme, welche nicht im ersten Anlaufe gelöst werden können, und zu deren Bewältigung daher jedes Scherflein willkommen sein muß.

Ich beginne mit einem Vergleiche des in England und des am Kontinent gebräuchlichen Systems der Betriebsstillstandversicherung.

In England dient der Umsatz, welcher in den 12 dem Schadenfalle unmittelbar vorangehenden Monaten erzielt wurde, als Grundlage der Schadenberechnung. Die Versicherungssumme, welche sowie am Kontinent Reingewinnentgang und fortlaufende Betriebsauslagen umfaßt, wird als Bruttogewinnentgang dem genannten Umsatz der 12 vorhergehenden Monate gegenüber gestellt; das Verhältnis beider Zahlen heißt „der ermittelte Prozentsatz“. Belief sich dieser Umsatz z. B. auf 300 000 M. und sind 60 000 M. versichert, so beträgt der ermittelte Prozentsatz 20 %. Übersteigt dieser Prozentsatz jedoch das Verhältnis, welches sich für das dem Brande vorhergehende Geschäftsjahr zwischen Bruttogewinn und Umsatz ergibt, so gilt der letztere kleinere Prozentsatz als der „ermittelte Prozentsatz“. Die englischen Versicherer bestimmen nun den Schaden derart, daß sie am Ende jedes Monates der Haftzeit den Absatz mit dem im gleichen Monate des Vorjahres erzielten Absatze vergleichen und den oberwähnten „ermittelten Prozentsatz“ von dem konstatierten Rückgang des Absatzes als Vergütung gewähren. Beträgt z. B. im obigen Beispiele der Absatzrückgang in der Betriebsstillstandperiode 100 000 M., so erhält der Versicherte 20 % der 100 000 M. = 20 000 M. Schadenersatz. Es ist zwar in den Versicherungsbedingungen ausgesprochen, daß es zu berücksichtigen sei, wenn Bruttogewinn und Umsatz in der Haftzeit sich infolge der geänderten Geschäftslage voraussichtlich anders gestaltet hätten als in den 12 vorhergehenden Monaten, bzw. in dem vorhergegangenen Geschäftsjahre; ebenso ist gesagt, daß die in der Haftzeit möglichen Ersparnisse an Betriebsauslagen zu berücksichtigen seien; aber es liegt doch auf der Hand, daß dieses ganze System zur Schablonisierung verleitet, und da noch dazukommt, daß die chartered accountants reine Buchsachverständige sind, welche in die kommerziellen und technischen Fragen der verschiedenen Betriebe nicht eingeweiht sind, so ist es in England zur Regel geworden, den „ermittelten Prozentsatz“ von dem Absatzrückgange ohne weiteres als Entschädigung zu gewähren. Zu dieser Ent-

schädigung kommt evtl. noch der Betrag an außergewöhnlichen Auslagen, welche der Versicherte auszugeben bemüßigt ist, um den Betrieb während der Haftzeit aufrechtzuerhalten, oder, wie wir es bezeichnen, an Auslagen zur Abwendung und Minderung des Schadens.

Um den Fehler der Schablonisierung zu vermeiden, hat man am Kontinent vorgeschrieben, daß Reingewinnentgang und fortlaufende Betriebsauslagen getrennt und speziell für die Haftzeit bestimmt werden müssen, und daß die Ergebnisse früherer Geschäftsperioden nur zur Kontrolle herangezogen werden dürfen.

Demnach lassen sich das englische und das kontinentale System in kurzen Formeln etwa folgendermaßen ausdrücken.

Im Falle eines totalen Betriebsstillstandes erhält der Versicherte

in England: den Bruttogewinnentgang minus der ersparten Unkosten,

am Kontinent: den Reingewinnentgang plus der fortlaufenden Unkosten.

Im Falle einer teilweisen Fortsetzung oder Wiederaufnahme des Betriebes erhält der Versicherte

in England: den Bruttogewinnentgang vom Absatzrückgange minus der ersparten Unkosten,

am Kontinent: den Reingewinnentgang vom Absatzrückgange plus der während der Haftdauer fortlaufenden Unkosten minus derjenigen fortlaufenden Unkosten, welche dem fortgesetzten Betriebe zur Last fallen.

Dadurch, daß die Engländer den Bruttogewinnentgang vom Absatzrückgange vergüten, ersetzen sie dem Versicherten implicite auch die relativen Mehrkosten des wiederaufgenommenen Betriebes, d. h. jene Kosten, welche sich bei ungestörtem Betriebe auf die infolge der Betriebsstörung unterbliebene Produktion umgelegt hätten.

Wenn man nun der kontinentalen Formel auf den Grund geht und sie mit der englischen vergleicht, so wird man wie *Gretchen* zu dem Schlusse kommen: „Ungefähr sagt das der Anglikaner auch, nur mit ein bischen anderen Worten. Wenn man's so hört, möcht's leidlich scheinen, steht aber doch schief darum.“

Obwohl nämlich sowohl der englische als der kontinentale Versicherer in Wahrheit einen Bruttogewinnentgang vergüten, so läßt sich leicht zeigen, daß der Bruttogewinnentgang, welchen die Engländer vom Absatzrückgange auf Grund der Ergebnisse eines ganzen Geschäftsjahres berechnen, nicht immer identisch ist mit dem wahrscheinlichen Reingewinnentgange und dem Aufwande an fortlaufenden Unkosten, welchen die kontinentalen Versicherer auf Grund der Haftzeit bestimmen. Der Unterschied liegt in der Unkostenvergütung. Betrachtet man nämlich Betriebe, welche während einzelner Jahresabschnitte mit verschiedener Intensität arbeiten, oder welche gar nur während einer gewissen Kampagne arbeiten, so findet man, daß dieselben während ihrer schwachen oder toten Saison trotzdem Unkosten aufwenden müssen, welche sie erst am Absatze ihrer lebhaften Sai-

son hereinbringen; solche Betriebe erhalten dadurch, daß ihnen der kontinentale Betriebsstillstandversicherer die während des Betriebsstillstandes selbst fortlaufenden Unkosten vergütet, zu viel, falls der Betriebsstillstand in die schwache Saison fällt, und zu wenig, falls er in die starke Saison fällt. Daß man Betrieben, welche überhaupt nur während einer bestimmten Zeit des Jahres arbeiten, vorschreibt, daß sie die volle Jahresprämie bezahlen, ist gewiß gerechtfertigt, dann muß man ihnen aber auch in der Kampagne den Ersatz ihres vollen Unkostenverlustes gewährleisten, was nach dem kontinentalen System nicht der Fall ist. Darin liegt ja der tiefe Sinn der englischen Methode, welche den Bruttogewinnentgang stets perzentuell auf Grund der Ergebnisse eines ganzen Geschäftsjahres bestimmt und daher in Wirklichkeit gar nicht die fortlaufenden Geschäftsunkosten, sondern die Durchschnittskosten berücksichtigt.

Ich bin also der Meinung, daß man das am Kontinent geltende System dem englischen in der Richtung anpassen sollte, daß den Interessen der mit veränderlicher Intensität arbeitenden Betriebe Rechnung getragen wird. Zu diesem Behufe könnte man etwa folgendermaßen verfahren. Der Reingewinnentgang und die fortlaufenden Betriebsauslagen werden auf Grundlage des Rückganges am Absatze oder an der Produktion bestimmt, welcher sich ergibt, wenn man die Betriebsergebnisse während der Haftdauer mit denjenigen vergleicht, welche in derselben Zeit ohne Eintritt eines Betriebsstillstandes erzielt worden wären. Auch die an den fortlaufenden Unkosten erzielten Ersparnisse werden im Wege eines solchen Vergleiches bestimmt. Während jedoch das virtuelle Ausmaß (der Prozentsatz) des Reingewinnentganges nach der Geschäftslage der Haftzeit zu ermitteln ist, soll der Kostenvergütung der durchschnittliche Kostensatz zugrunde gelegt werden, welcher sich ohne Betriebsstillstand für das Geschäftsjahr bzw. für die Geschäftsjahre, in welchen der Betriebsstillstand stattfand, ergeben hätte. Die nach diesem Prozentsatze vom Absatz- oder Produktionsrückgange berechnete Unkostenvergütung muß selbstredend, so wie oben für das englische System auseinandergesetzt, noch eine Richtigstellung erfahren, indem die Ersparnis durch Kostenreduktion zu berücksichtigen ist.

Da die angestellten Überlegungen zeigen, daß für die Bestimmung des virtuellen Ausmaßes von Reingewinnentgang und fortlaufenden Unkosten zwei verschiedene Zeitperioden maßgebend sind, so wird es gewiß wünschenswert erscheinen, daß die Versicherung von Reingewinnentgang und fortlaufenden Betriebsauslagen in zwei getrennten Positionen erfolge, wie dies in Österreich und in Ungarn ja auch Vorschrift ist. Für diese Trennung spricht auch der Umstand, daß der Betriebsstillstandversicherer dadurch erst den für ihn so unendlich wichtigen Einblick in den Geschäftsgang des zu versichernden Unternehmens erlangt. Auch in meinen späteren Ausführungen, wenn ich erörtern werde, in welchen Fällen der Produktionsausfall und in welchen Fällen der Absatzrückgang Grundlage der Schadenrechnung zu bilden hat, werde ich Gründe für diese Trennung von Reingewinn und fortlaufenden Betriebsauslagen an-

zuführen haben. Ich möchte jedoch nicht unterlassen, hervorzuheben, daß in Deutschland eine Zusammenziehung der beiden Versicherungspositionen gestattet wird, und daß die deutschen Fachleute, welche sich zu dieser Frage geäußert haben, diese Zusammenziehung sogar empfehlen.

Domizlaff in seinem Kommentar zu den deutschen Betriebsunterbrechungs-Bedingungen führt hierfür Zweckmäßigkeitsgründe an, daß nämlich durch die Wahl einer Versicherungssumme die Berechnung des Schadens vereinfacht werde in Hinsicht auf die Ermittlung eines Bruttogewinnentganges, auf die einmalige Prüfung einer Unterversicherung und auf die Kostenzerlegung. Diese Vereinfachung dürfte jedoch, wie unsere früheren Erörterungen gezeigt haben, bei Versicherung von Betrieben mit variabler Intensität kaum erzielt werden können.

Eugen Schlegel hat in einer in Nr. 11 ex 1912 der Zeitschrift für Versicherungswesen veröffentlichten Studie die Behauptung aufgestellt, daß die Vergütung des Reingewinnentganges und der fortlaufenden Betriebsauslagen nebeneinander im Falle einer partiellen Betriebsunterbrechung überhaupt zu einer Bereicherung des Versicherten führe. Schlegel geht von der engen Wechselbeziehung aus, welche zwischen Reingewinn und Unkosten herrscht. Bei totalem Betriebsstillstande bestehe der Verlust des Versicherten allerdings aus dem Reingewinnentgang plus den fortlaufenden Unkosten; bei partiellem Betriebsstillstande aber bedeute jedes Mehr an Unkosten ein Weniger an Gewinn, und der Schaden werde daher voll vergütet, wenn man dem Beschädigten den Unterschied zwischen dem Reingewinn bei vollem Betrieb und dem Reingewinn bei teilweisem Betrieb ersetze. Dieser Unterschied der beiden Gewinne sei aber nichts anderes als der Entgang an Reingewinn. Jede weitere Vergütung von fortlaufenden Unkosten bedeute also eine Bereicherung des Versicherten. Dieser Fehler, welchen Schlegel den deutschen Betriebsstillstandbedingungen nachzuweisen glaubt, und der ebenso ein Fehler der österreichisch-ungarischen Bedingungen wäre, besteht jedoch bloß scheinbar. Es liegt da seitens Schlegels eine Verkennung des Begriffes vor, den wir mit dem Worte „Reingewinnentgang" verbinden. Die Versicherungsbedingungen sprechen allerdings in dieser Beziehung nicht klar, und man muß zugeben, daß sie zu diesem Mißverständnisse verleiten konnten. Die deutschen Bedingungen sagen: „Gegenstand der Ersatzpflicht in Ansehung des entgehenden Geschäftsgewinnes ist der durch die Unterbrechung entstehende Entgang an dem Geschäftsgewinne, der während der Haftzeit in dem Betrieb bei seiner Fortsetzung ohne die Unterbrechung erzielt sein würde." Die österreichischen und ungarischen Bedingungen sagen: „Die Höhe der für den Entgang an Reingewinn aus dem Betriebe zu leistenden Entschädigung wird einerseits nach dem Umfange des durch das Schadenereignis verursachten Betriebsstillstandes und anderseits nach der zur Wiederaufnahme des Betriebes in seinem früheren Umfange notwendigen Zeitdauer, äußerstens aber nach der in der Police festgesetzten Höchstdauer bestimmt." Es

fehlt an beiden Stellen tatsächlich an einer klaren Fixierung, daß unter dem Titel Reingewinnentgang nur jener Geschäftsgewinn vergütet werden soll, welchen der Versicherte bei ungestörtem Betrieb an der durch die Betriebsunterbrechung ausfallenden Produktion bzw. an dem ausfallenden Absatze verdient hätte. Der Gewinnentgang, den der Versicherte daneben an dem teilweise fortgeführten Betrieb erleidet, wird ihm ja dadurch ersetzt, daß er unter dem Titel Unkosten die relativen Mehrkosten dieses Teilbetriebes erhält, indem ihm der Versicherer die ganzen fortlaufenden Unkosten weniger derjenigen vergütet, welche normalerweise den fortgesetzten Teilbetrieb belasten würden.

Ein dritter deutscher Fachmann, *Heinrich Proft,* hat in seiner gleichfalls in der Zeitschrift für Versicherungswesen (No. 45 bis 47 ex 1911) erschienenen Artikelserie „Ausblicke zur Betriebsverlustversicherung" die Zusammenziehung der beiden Versicherungspositionen „Reingewinnentgang" und „fortlaufende Unkosten" mit Rücksicht auf solche Betriebe empfohlen, welche zur Zeit des Versicherungsfalles mit Verlust arbeiten. Er argumentiert so, daß bei Zusammenziehung in eine Post gar kein Zweifel darüber auftauchen könne, daß die fortlaufenden Unkosten in der nachweislich zu erwartenden Unterbilanz mit untergegangen sein würden und so auf keinen Fall Gegenstand eines Ersatzanspruches bilden könnten. Anders verhalte es sich, wenn die Unkosten mit besonderer Position versichert seien. Die Deklaration definiere sie ausdrücklich als „fortlaufende", und als solche würden sie unbedingt vom Versicherer zu ersetzen sein und gegen den zu erwartenden Betriebsverlust nicht aufgerechnet werden können. *Proft* übersieht nicht, daß die deutschen Betriebsstillstandsbedingungen festsetzen: „Der Versicherer hat für fortlaufende Geschäftsunkosten eine Vergütung nicht zu leisten, soweit der Versicherungsnehmer solche in dem Betriebe während der Haftzeit nicht verdient haben würde." Aber er legt dieser Bestimmung keine entscheidende Bedeutung bei, weil eine Fülle von Möglichkeiten vorliege, daß die Unterbilanz und der Verlust fortlaufender Unkosten die Folgen ganz verschiedener Umstände seien.

Damit sind wir bei einer Frage angelangt, welche man am besten auf Grund einer rechnerischen Zerlegung untersucht. Angenommen, die während der Betriebsunterbrechung fortlaufenden Unkosten betragen K. 50 000, welchen ein Absatz von K. 90 000 gegenübersteht; ohne Betriebsunterbrechung würde ein Absatz von K. 300 000 mit K. 100 000 Unkosten und K. 20 000 Verlustsaldo erzielt. Dann ergibt sich folgende Formel für die Unkostenvergütung:

$$\text{K. } 50\,000 - \frac{\text{K. } 100\,000}{\text{K. } 300\,000}\, 90\,000 - \frac{\text{K. } \ 20\,000}{\text{K. } 300\,000}\,(300\,000 - 90\,000).$$

Das erste Glied bedeutet die vom Beschädigten wirklich aufgewendeten fortlaufenden Unkosten versicherter Kategorien; das zweite, negative Glied bedeutet die dem fortlaufenden Teilbetriebe zur Last

fallenden fortlaufenden Unkosten; und das letzte, ebenfalls negative Glied bedeutet den auf die ausfallende Produktion bzw. auf den ausfallenden Absatz entfallenden Verlustanteil.

Der Verlust, welchen der Versicherte ohne Eintritt des Betriebsstillstandes zu erwarten gehabt hätte, kann entweder auf übermäßige Unkosten oder auf ungünstige Einkaufs- bzw. Verkaufspreise zurückzuführen sein.

Man wird vor allem leicht verstehen, daß die K. 100 000 im zweiten Glied, das sich auf die fortgeführte Produktion bezieht, nur die fortlaufenden Unkosten versicherter Kategorien umfassen, d. h. daß nur der aus diesen Unkosten resultierende Verlust berücksichtigt werden kann, denn der Verlust, der aus anderen Quellen fließt, wird dem Versicherten vom Versicherer durch Vergütung der fortlaufenden versicherten Unkosten ja nicht abgenommen, diesen Verlust wird er an der fortgeführten Produktion unbedingt erleiden.

Über den Verlust bzw. die Verlustquellen, die im dritten Gliede zu berücksichtigen sind, werden einige Beispiele am raschesten orientieren. Angenommen, ein Fabrikant habe die Schuldzinsen unter den fortlaufenden Unkosten nicht versichert, der Verlust aber, den er zu erwarten gehabt hätte, wäre ausschließlich durch den Umstand hervorgerufen worden, daß er mit zu geringen eigenen Mitteln arbeitet und für das ausgeliehene fremde Geld zu hohe Zinsen zahlen muß. Dann kann man dem Mann, welcher die unversicherten Schuldzinsen während der Betriebsunterbrechung unbedingt fortzahlen muß, diese doch nicht dadurch noch einmal zur Last stellen, daß man sie ihm — implicite mit dem Verlustanteil — von den verauslagten versicherten Unkosten kürzt. Oder ein anderes Beispiel. Ein versicherter Fabrikant habe einen großen Vorrat Rohstoffe zu Preisen gekauft, welche nach der zur Zeit des Betriebsstillstandes herrschenden Marktlage das daraus zu verfertigende Fabrikat als unverkäuflich bzw. als nur mit Verlust verkäuflich erscheinen lassen. Diese Rohstoffe sind ihm entweder verbrannt und vom Feuerversicherer zu dem bedeutend geringeren Marktpreise entschädigt worden, oder sie sind ihm geblieben und er wird sie nach Wiederaufnahme des Betriebes mit Verlust verarbeiten müssen. Auch diesen Verlust, welchen der Versicherte ohne Eintritt des Betriebsstillstandes in der Haftzeit erlitten hätte, und den er in der Feuersachentschädigung gebüßt hat oder später noch erleiden wird, kann man ihm von der Vergütung für die fortlaufenden versicherten Unkosten nicht nochmals kürzen.

Ich glaube also, es ist nicht ganz richtig, wenn die deutschen Betriebsunterbrechungs-Bedingungen sagen, für fortlaufende Unkosten sei eine Vergütung nur soweit zu leisten, als sie der Versicherte in dem Betriebe während der Haftzeit verdient hätte. In beiden vorangeführten Beispielen würde der Versicherte die fortlaufenden Unkosten nicht verdient haben, und trotzdem muß man sie ihm vergüten. Der Verlust, welcher auf die ausgefallene Produktion zu erwarten gewesen wäre, darf vielmehr meiner Ansicht nach nur dann auf die Unkostenvergütung in Anrechnung gebracht werden, wenn der Versicherte diesen Verlust infolge des Betriebsstillstandes



erspart. Die Versicherung darf den Versicherten weder in eine günstigere, noch in eine ungünstigere Lage versetzen, als diejenige war, in welcher er sich vor dem Brande befand.

Aus demselben Gesichtspunkte aber halte ich es anderseits für zweifelsohne berechtigt, daß man dem Versicherten auch jeden Verlust, welcher der vorgenannten Voraussetzung entspricht, in Anrechnung bringe, einerlei, ob der Verlust z. B. aus fortlaufenden versicherten Unkosten oder aus nicht fortlaufenden Unkosten (aus hohen Kosten für Lohnfuhrwerk usw.) oder aus ungünstigen Abschlüssen resultieren würde, die er infolge des Brandes nicht zu effektuieren braucht.

Der Widerspruch, daß man von der Vergütung für fortlaufende versicherte Unkosten einen Verlust kürzt, der möglicherweise oder nachweislich auch aus anderen Quellen entstanden wäre, ist nur ein scheinbarer; man muß beachten, daß bei passiven Betrieben jede Vergütung für Reingewinnentgang entfällt. Der Schaden, welchen der Versicherte durch die Betriebsunterbrechung erleidet, wird in einem solchen Falle durch die fortlaufenden Unkosten repräsentiert, diese haben den Charakter des ganzen Verlustes; hiervon ist, damit sich der Versicherte nicht bereichere, jener Verlust abzuziehen, welcher ihm auch bei ungestörtem Betriebe bevorstand, u. z. insoweit, als er diesen in Aussicht gestandenen Verlust infolge des Betriebsstillstandes tatsächlich erspart.

Man könnte auch den Schein eines Widerspruches in den Versicherungsbedingungen etwa dadurch vermeiden, daß man sagt: „Gegenstand des Ersatzes ist der Reingewinnentgang an dem Absatzrückgange plus den fortlaufenden Unkosten, soweit diese nicht dem fortgeführten Betriebe zur Last fallen. Würde der versicherte Betrieb ohne Eintritt des Versicherungsfalles einen Verlust ergeben haben, so wird eine Entschädigung nur für den durch den Betriebsstillstand hervorgerufenen Mehrverlust gewährt."

Damit erledigen sich, glaube ich, auch die Bedenken, welche *Proft* dagegen vorbringt, bei der Versicherung in zwei getrennten Positionen die zu erwartende Unterbilanz gegen die Vergütung für fortlaufende Unkosten aufzurechnen. Keinesfalls kann man aber *Proft* darin recht geben, daß es für das Resultat der Schadenrechnung einen Unterschied machen könne, ob die Betriebsstillstandversicherung in zwei getrennten oder in einer zusammengezogenen Post für Reingewinnentgang und fortlaufende Unkosten geleistet wurde.

Ich wende mich nun der Besprechung einer Frage zu, welche wir ja bereits einigemal gestreift haben, nämlich der Frage, auf welcher Grundlage der Versicherungswert und die Schadenvergütung für Reingewinnentgang und für fortlaufende Betriebsauslagen zu bestimmen seien. Die österreichisch-ungarischen Bedingungen enthalten hierüber keine Vorschrift. Die deutschen Bedingungen beschäftigen sich nur mit dem Geschäftsgewinn, indem sie sagen: „Als Geschäftsgewinn gilt der Gewinn aus dem Absatz von Waren oder aus für andere geleisteter Arbeit, gleichviel, ob die Waren oder die Arbeit gegen bar oder auf Rechnung geliefert sind." Die für andere ge-

leistete Arbeit bildet beispielsweise bei Spediteurgeschäften, Transportunternehmungen, Lohnbetrieben Grundlage des Versicherungswertes und der Schadenvergütung. Dieser Ausdruck paßt aber schon nicht mehr recht, wenn man z. B. die Versicherung von Hotels oder Heilanstalten ins Auge faßt. Um auch diesen Betrieben Rechnung zu tragen, müßte man etwa sagen: „Als Geschäftsgewinn gilt der Gewinn aus dem Absatz von Waren oder aus übernommenen Leistungen.“ Diese selbe Frage taucht aber auch bezüglich der fortlaufenden Betriebsauslagen auf, und zwar vor allem in Hinsicht auf die Grundlage zur Schadenvergütung. Wenn es sich nämlich bloß um einen partiellen Betriebsstillstand handelt, so sind ja die fortlaufenden Unkosten zu ersetzen, abzüglich derjenigen, welche dem fortgeführten Teilbetriebe zur Last fallen. Hier entsteht also gleichfalls die Frage, worauf diese abzuziehenden Unkosten bezogen werden sollen, bzw. ob in dem obigen Beispiele die K. 300 000 und die K. 90 000 die Produktion, den Absatz oder die Leistungen vorstellen. Wenn man, wie ich vorgeschlagen habe, den Interessen der mit variabler Intensität arbeitenden Betriebe Rechnung tragen und die fortlaufenden Unkosten nach dem Jahresdurchschnitt bestimmen will, dann ergibt sich außerdem die Notwendigkeit, die Grundlage, auf welche dieser durchschnittliche Unkosten-Prozentsatz angewendet werden soll, nicht bloß in Hinsicht auf die Ermittlung des Schadens, sondern auch in Hinsicht auf die Feststellung des Versicherungswertes für die unterjährige Haftzeit anzugeben.

Es besteht kein Zweifel, daß diese Grundlage bei Spediteuren, Transportunternehmungen, Hotels und Sanatorien in den Leistungen, bei Händlern im Absatze zu suchen ist. Zweifelhaft ist es jedoch beim Fabrikanten, ob wir ihm den erlittenen Verlust zu vergüten haben auf Grund des Ausfalls an der Produktion oder des Rückganges am Absatze. Maßgebend für diese Entscheidung [illegible] die Frage, ob der Verlust des Fabrikanten organisch [illegible] Produktionsausfall oder mit dem Absatzrückgang zusam[illegible].

In der Feuersachversicherung [illegible] von der Erwägung aus, daß sich Regie und [illegible] Fabrikanten an die Produktion hefte; wird ihm fertige [illegible] Brand zerstört, so sind die darauf verwendeten [illegible] daran geknüpften Gewinnanwartschaften unwieder[illegible] denn die neue Produktion erfordert neue Zeit [illegible]
klappt diese Überlegung doch [illegible]
durch eine beliebige Steigerung [illegible]
Ungemessene erhöhen, noch [illegible]
gewendeten Unkosten herein[illegible]
Bruttogewinnes hängt von [illegible]
triebsstillstandversicherer [illegible]
Verlust auf Grund des [illegible]
müßte er die Ergebnisse [illegible]
Grund d[illegible]
Auf d[illegible]

der Fabrikant wird gewöhnlich bei ungünstigen Absatzverhältnissen, welchen er einen vorübergehenden Charakter beimißt, seine Produktion nicht einschränken, sondern auf Lager arbeiten. Für den Betriebsstillstandsversicherer wäre zudem die Schätzung des Schadens auf Grund der Produktion und des Produktionsausfalles wesentlich einfacher, weil die Leistungsfähigkeit und normale Inanspruchnahme der Maschinen eine ganz sichere Grundlage für diese Schätzung bieten.

Keine dieser Überlegungen liefert uns jedoch eine eindeutige Richtschnur zur Entscheidung der in Rede stehenden Frage; es erscheint daher angezeigt, die beiden möglichen Grenzfälle zu untersuchen. Wir wollen zuerst annehmen, daß der Brand nur die Rohstoffmagazine und/oder einen Teil der Betriebsanlage zerstört, daß dagegen der Vorrat an fertiger Ware unbeschädigt bleibt. Der letztere soll infolge einer vorangegangenen Stagnation außerordentlich groß sein und den Fabrikanten in die Lage versetzen, bis zur Wiederaufnahme des Betriebes und Erzeugung neuer Vorräte den ganzen Bedarf seiner Kunden zu decken. Dann erwächst dem Fabrikanten kein Absatzrückgang, wohl aber ein Produktionsausfall, es entgeht ihm kein Reingewinn, wohl aber erleidet er bis zur Wiederaufnahme des Vollbetriebes einen Schaden durch fortlaufende Unkosten. Daraus ergibt sich, daß die fortlaufenden Unkosten mit der Produktion, der Reingewinn mit dem Absatz korrespondieren: kein Absatzrückgang, keine Vergütung für Gewinnentgang; jedoch dem Produktionsausfall entsprechend eine Vergütung für fortlaufende Unkosten.

Nehmen wir den anderen Grenzfall, daß nämlich der Brand die Rohstoffmagazine und die eigentliche Betriebsanlage unversehrt läßt und bloß die Magazine mit fertiger Ware vernichtet. Dann wird die Produktion ohne Unterbrechung fortgeführt, es entsteht kein Produktionsausfall, wohl aber ein Absatzrückgang. Der Versicherte kann vom Betriebsstillstandversicherer keine Vergütung für fortlaufende Betriebsauslagen, wohl aber die Vergütung des Reingewinnentganges am Absatzrückgange verlangen. Auch hier korrespondieren also die fortlaufenden Betriebsauslagen mit der Produktion, der Reingewinn mit dem Absatz: kein Produktionsausfall, keine Vergütung für fortlaufende Unkosten; jedoch dem Absatzrückgang entsprechend eine Vergütung für Reingewinnentgang.

Ich glaube, diese Betrachtungen beweisen zur Genüge, daß der Betriebsstillstandsversicherer bei Fabriksversicherungen als Reingewinn den Gewinn an dem Absatz, und als fortlaufende Unkosten die auf die Produktion entfallenden Unkosten zu betrachten hat. Eine Ausnahme besteht hinsichtlich der sogenannten Vertriebsspesen des Fabrikanten, welche derselbe behufs Verkaufes seiner Fabrikate aufwendet, wie z. B. die Kosten von Reisenden, von Verkaufsfilialen, Reklamespesen usw. Solche Vertriebsspesen stehen in organischem Zusammenhange mit dem Absatze und sollen daher analog den Händlerspesen auf Basis des Absatzrückganges entschädigt werden.

Die Gewinnvergütung, welche der Betriebsstillstandversicherer dem Fabrikanten auf Basis des Absatzrückganges gewährt, umfaßt auch die ihm vom Feuersachversicherer verweigerte Vergütung des Gewinnentganges an der verbrannten fertigen Ware, denn die verbrannte fertige Ware muß ja ebenso wie der Produktionsausfall in dem Absatzrückgange zum Ausdruck kommen, immer unter der Voraussetzung, daß alle Ware, welche ohne Betriebsstillstand in der Haftzeit vorhanden gewesen wäre, in derselben — vom normalen Vorratsstock abgesehen — auch wirklich hätte verkauft werden können. Das hängt zum Teil davon ab, daß der Fabrikant eine genügend lange Haftzeit versichert hat, und zum Teil davon, daß die zur Haftzeit herrschende Konjunktur eine günstige, und daß die Ware ihrer Qualität nach glatt verkäuflich ist. Wenn die beiden letzteren Voraussetzungen nicht zutreffen, dann erleidet der Versicherte aber auch keinen oder einen entsprechend geringeren Gewinnentgang, so daß die Gewinnvergütung auf Grund des Absatzrückganges im großen und ganzen das Richtige treffen dürfte. Der Liquidator eines Fabrikchômageschadens wird allerdings gut tun, sich bei Anwendung dieser Methode stets vor Augen zu halten, daß die ziemlich genau schätzbaren Mengen des Produktionsausfalles plus den Mengen des verbrannten Fertigfabrikates als oberste Grenze für die auf ziemlich unsicheren Grundlagen aufgebaute Schätzung des Absatzrückganges anzusehen sind. Der Absatzrückgang könnte nämlich größer sein als der Produktionsausfall plus dem verbrannten Fertigfabrikat, und zwar wird dieser Fall eintreten, wenn der Fabrikant von den aus dem Brande geretteten Waren wenig verkauft und während der Betriebsstillstandperiode wegen vorübergehender flauer Konjunktur auf Lager gearbeitet hat; in einem solchen Falle wird er aber den Gewinn an diesen vorläufig unverkauften Fabrikaten noch realisieren, und es kann daher nicht der ganze Absatzrückgang Basis der Gewinnvergütung bilden.

Wenn der Betriebsstillstandversicherer anderseits, wie ich vorschlage, dem Fabrikanten die fortlaufenden Unkosten — mit Ausnahme immer der Vertriebsspesen — auf Grund des Produkionsausfalles vergütet, welcher die verbrannte fertige Ware nicht umfaßt, so wird auch in dieser Richtung die Harmonie mit dem Feuersachversicherer hergestellt sein, da der letztere ja die auf das verbrannte Fertigfabrikat aufgewendete Regie vergütet.

Es erscheint mir daher als die einzig richtige Methode, die fortlaufenden Unkosten des Fabrikanten an der Produktion, und seinen Gewinn am Absatze zu messen. Hieraus ergibt sich, wie schon früher erwähnt, hinsichtlich der Fabrikchômageversicherungen ein weiterer Grund dafür, eine Trennung der beiden Versicherungspositionen: Reingewinn und fortlaufende Unkosten zu verlangen.

Ich möchte jedoch nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, daß darin, daß man dem Fabrikanten den Reingewinnentgang nicht auf Grund des Produktionsausfalles, sondern des Absatzrückganges vergütet, eine Erweiterung der Haftung des Betriebsstillstandversicherers gelegen ist; nimmt man z. B. den Fall, daß ein

Fabrikant mit einer Police seine Spinnerei und seine Weberei gegen Betriebsstillstand versichert hat, und daß die Weberei abbrennt, so wird, vom technischen Standpunkte aus, der Fabrikbetrieb der unbeschädigt gebliebenen Spinnerei dadurch nicht gestört, es ist aber sehr wahrscheinlich, daß die Absatzmöglichkeit der Spinnerei durch den Brand der dazugehörigen Weberei arg beeinträchtigt wird.

Bezüglich des Verfahrens, welches der Betriebsstillstandversicherer dem Händler gegenüber einzuschlagen hat, besteht, wie schon früher erwähnt, kein Zweifel. Ihm sind sowohl der Reingewinnentgang, als die fortlaufenden Unkosten auf Grund des Absatzrückganges zu vergüten, dadurch erlangt der Händler, welcher vom Feuersachversicherer für die verbrannte fertige Ware weder eine Gewinn- noch eine Regievergütung erhalten hat, diese Vergütung vom Betriebsstillstandversicherer, denn der Verlust des Händlers an Regie und Gewinn wird nicht durch die verbrannten Warenmengen bestimmt, welche er nachbeziehen kann, sondern dadurch, ob und in welchem Grade er seinen normalen Absatz trotz Brandes erreichen kann.

Der präsumptive Absatz- und Produktions-Rückgang eines unterbrochenen Betriebes spielt naturgemäß bei der Schadensschätzung eine große Rolle. Es ist deshalb begreiflich, daß sich der Betriebsstillstandversicherer die Frage vorlegen muß, ob es dem Versicherten nicht gelingen wird, nach Wiederaufnahme des Vollbetriebes wenigstens einen Teil des erlittenen Ausfalles wieder einzuholen. Soundso, ein englischer Fachmann von großer Erfahrung, berichtet in seiner bekannten, im Post Magazine — November 1909 — erschienenen Studie, daß eine solche Einholung in den meisten Fällen stattfindet, und bezeichnet es als einen der größten Mängel des gegenwärtigen Systems der Betriebsstillstandversicherung, daß es eine Bereicherung des Versicherten aus dieser Quelle nicht zu verhindern vermag. Auch die österreich.-ungar. Betriebsstillstandbedingungen beschäftigen sich nicht mit dieser Frage, die deutschen nur insoweit, als kleine Schäden in Betracht kommen, indem sie sagen: „Nicht erhebliche Unterbrechungen, deren Folgen sich im Betriebe wieder einholen lassen ohne wesentliche Aufwendung hierfür, scheiden in Ansehung der Ersatzpflicht des Versicherers aus.“ *Domizlaff* ist der Ansicht, daß der deutsche Versicherer die Einholung des Ausfalles nach der Wiederinbetriebsetzung insoweit in Rechnung stellen dürfe, als diese Einholung noch innerhalb der Haftzeit erfolge, und er führt dies auch als einen Grund dafür an, daß die Prämie für eine längere Haftzeit relativ billiger sei als die für eine kürzere Haftzeit. Ich möchte jedoch im Gegenteil glauben, daß das Recht des Versicherers auf Schadenseinholung ein absolutes Recht ist, das dem Bereicherungsverbot entspringt, und das nicht vom Versicherungsnehmer durch Wahl einer kurzen Haftzeit illusorisch gemacht werden kann.

Die Schwierigkeit dieser Frage liegt in der richtigen Abschätzung des eingeholten Ausfalles. Die für eine Fabrik bestehende Möglichkeit, durch volle Ausnützung der Leistungsfähigkeit ihrer Maschinen oder durch Einführung des Nachtbetriebes den Produktionsausfall

einzuholen, bedeutet nämlich noch keineswegs die Einholungsmöglichkeit im Absatze, der ja von der Aufnahmsfähigkeit des Marktes abhängt und sich nur in einem längeren Zeitraume reguliert. Aber selbst wenn der Versicherer erst in einem entfernteren Zeitpunkte nach Wiederaufnahme des Vollbetriebes prüfen wollte, ob eine Steigerung des normalen Absatzes stattgefunden habe, so würde auch eine solche Feststellung noch keineswegs beweisen, daß die Steigerung durch den früheren Ausfall und nicht etwa durch neu eingetretene günstige Geschäftskonjunkturen begründet ist. Um hierüber Gewißheit zu gewinnen, müßten geradezu bei jeder Kunde des Beschädigten, die einen gesteigerten Bezug aufweist, Nachforschungen über die Motive dieser Steigerung angestellt werden, was aber rechtlich und praktisch unmöglich ist. Es ist auch kaum anzunehmen, daß uns die Praxis etwa in der Zukunft einen allgemein gültigen Weg zur Lösung dieser Frage zeigen wird, weil die diesbezüglichen Verhältnisse doch wohl bei jeder Betriebsgattung, bei jedem Einzelbetrieb und in jeder Zeitperiode anders liegen.

Die erörterten Schwierigkeiten sollten aber meiner Ansicht nach nicht dazu führen, dieser Frage, wie es bisher geschehen ist, völlig aus dem Wege zu gehen, sondern man sollte vor allem in den Versicherungsbedingungen als Prinzip aussprechen, daß bei Schätzung des Betriebsausfalles die Einholungsmöglichkeit innerhalb einer bestimmten Zeit, z. B. innerhalb der nächsten sechs Monate nach Wiederaufnahme des Vollbetriebes, zu berücksichtigen ist. Die Schätzung der in Betracht kommenden Mengen und Werte wird aus praktischen Gründen immer im vorhinein erfolgen müssen und nicht erst nach Ablauf dieser sechs Monate, da es nicht möglich ist, dem Versicherten die Entschädigung sechs Monate nach Wiederaufnahme des Betriebes vorzuenthalten, und da er auf der anderen Seite bei früherem Empfang der Entschädigung doch immer Schwierigkeiten machen würde, etwas wieder herauszugeben. In dieser Notwendigkeit des Im - Voraus - Schätzens mag ja auch die Abneigung der deutschen Versicherer gelegen sein, sich auf dieses Problem überhaupt einzulassen, da sie den Schaden stets im nachhinein ermitteln zu einer Zeit, da ihnen die Ergebnisse des gestörten Betriebes in der Haftzeit ziffernmäßig vorliegen und da sie auch aus eigener Wahrnehmung die Konjunkturen kennen, welche während der Haftzeit geherrscht haben und den ungestörten Betrieb beeinflußt hätten. In Österreich und in Ungarn würde dagegen die vorgeschlagene Schätzung der einholbaren Mengen oder Werte in keinerlei Gegensatz zu der allgemein geübten Methode der prospektiven Schadensschätzung stehen.

Bei kartellierten Industrien kommt es häufig vor, daß Produktion, Absatz oder Gewinn gewissen Einschränkungen unterliegen, welche naturgemäß die Einholungsmöglichkeit berühren; ich will deshalb die Arten der in Betracht kommenden Kartelle, welche im Gegensatz zu den Rayonnierungskartellen Kartelle höherer Ordnung genannt werden, kurz schildern und die Gefahren zeigen, welche dieselben für den Betriebsstillstandversicherer mit sich bringen.

Es gibt Kontingentierungskartelle, welche zuerst bestimmen, wie viel insgesamt von den kartellierten Werken produziert werden darf und dieses Quantum sodann nach der Leistungsfähigkeit oder nach der früheren Produktion auf die einzelnen Werke aufteilen. Dabei ist es demjenigen, der gegen sein Kontingent zurückgeblieben ist, meist gestattet, das zu wenig produzierte oder abgesetzte Quantum auf das folgende Jahr zu übertragen, oder es müssen diejenigen, welche ihr Kontingent überschritten haben, das betreffende Mehrquantum den Zurückgebliebenen ablösen. Es ist klar, daß die Erlaubnis des Übertrages auf das folgende Jahr die Chancen der Einholung erhöht, während ein Verbot des Übertrages dieselben gänzlich vernichtet. Auf der anderen Seite erhält der Zurückgebliebene möglicherweise eine Entschädigung von dem, der sein Kontingent überschritten hat, was im Falle eines Betriebsstillstandes infolge Brandes einer teilweisen Gutmachung dieses Schadens gleichkäme.

Eine andere Art von Kartellen, die Vertriebskartelle, besitzen eine gemeinsame Verkaufszentrale, welche die Verkäufe abschließt und die Aufträge nach einem bestimmten Schlüssel auf die einzelnen Werke aufteilt. Bei diesen Kartellen findet in der Regel eine außerordentlich minutiöse Verrechnung zwischen der Zentrale und den einzelnen Kartellmitgliedern statt, indem die verschiedenen Qualitäten der gelieferten Waren und die verschiedenen Frachtkosten der einzelnen Werke in Rechnung gestellt werden, indem die Verkaufswerte auf eine gemeinsame Vergleichsbasis gebracht werden, um die Preisdifferenzen und die Zinsenverluste, welche durch die verschiedenen Verkaufstermine verursacht werden, auszugleichen, und indem endlich denjenigen, welche zu wenig bedacht wurden, für Gewinnentgang und sogar auch für die durch Minderproduktion hervorgerufene Steigerung der Erzeugungskosten Entschädigungen gewährt werden. Auch bei diesen Kartellen hängt für den Betriebsstillstandversicherer alles davon ab, ob und in welcher Weise die Zentrale den Ausfall des Brandbeschädigten berücksichtigen darf oder wird.

Die dritte Art der uns interessierenden Kartelle erzielen die Produktions- oder Absatzbeschränkung im Wege einer Gewinn-Kontingentierung. Die Mitglieder müssen Einzahlungen in eine gemeinsame Kasse leisten, z. B. von ihrem ganzen Absatze die Differenz zwischen zwei festgesetzten Preisen, welche gewissermaßen den Selbstkostenpreis und einen Minimalverkaufspreis vorstellen, oder einen bestimmten Betrag für jedes Plus über eine freigegebene Produktionsmenge. Dieses Geld wird, wofern es nicht Exportförderungszwecken dient, zu Prämien an Werke verwendet, welche in der Produktion zurückgeblieben sind, wobei diese Prämien jedoch maximiert sind, um ein Stillegen aus Spekulation zu verhindern, oder der eingezahlte Gewinn wird nach einem im Kartellvertrage fiixierten Prozentsatz zwischen den einzelnen Werken aufgeteilt, wodurch, wenn auch indirekt, der Anreiz zu einer höheren Produktion, als diesem Schlüssel entsprechen würde, gemindert wird. In diesen Vergütungen liegt natürlich ebenfalls die Gefahr, daß der

gegen Betriebsstillstand Versicherte sich im Brandschadenfalle bereichere.

Es scheint mir daher, daß die Betriebsstillstandversicherer entweder im Antrage an den Versicherungsnehmer die Frage richten sollen, ob er einem Kartelle angehöre, und ihn verpflichten sollen, ihnen im Schadenfalle Aufschluß über die Kartellbestimmungen zu geben, oder besser noch, daß die Betriebsstillstandversicherer mit den ihnen bekannten Kartellorganisationen in Verhandlungen treten sollen, um zu erreichen, daß ihre Interessen bei Handhabung der Kartellbestimmungen berücksichtigt werden.

Ich habe früher hervorgehoben, daß die mögliche Einholung des Betriebsausfalles sich nur prospektiv schätzen lasse, und daß daher der Versicherer, welcher sich die retrospektive Schadensermittlung zum Prinzipe gemacht hat, doch in Hinsicht auf die Einholungsmöglichkeit von diesem Prinzipe wird abweichen müssen. Ich möchte aus diesem Anlasse noch kurz die Vor- und Nachteile hervorheben, welche jede dieser beiden Schadenerhebungsmethoden in anderer Hinsicht bietet, beginnen aber will ich damit, die in Betracht kommenden deutschen und österreichisch-ungarischen Versicherungsbestimmungen anzuführen.

Die deutschen Betriebsstillstandbedingungen enthalten nur eine Stelle, welche über die in Rede stehende Frage und zwar auch nur indirekten Aufschluß erteilt. In § 12, Absatz 2, der bestimmt, daß dem Versicherten die Entschädigung nach Möglichkeit monatlich ausbezahlt werden soll, wird nämlich gesagt, daß die Entschädigung immer nur für den *verflossenen* Teil der Haftzeit festgestellt wird, bzw. beansprucht werden kann.

In § 6 der österreichisch-ungarischen Betriebsstillstandbedingungen, welcher von der Ermittlung des Reingewinnentganges handelt, heißt es, daß die zur Wiederaufnahme des Betriebes erforderliche Zeitdauer im Einvernehmen zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft, bzw. über Wunsch des einen oder anderen Teiles durch Sachverständige festgesetzt wird. Diese Bestimmung soll dem Versicherer vor allem Schutz dagegen gewähren, daß der Versicherte die Wiederaufnahme des Betriebes ungerechtfertigterweise hinausschiebe, und namentlich dagegen, daß die durch vorgenommene Erweiterungen oder Umgestaltungen der Betriebsanlage verursachte Verzögerung zu Lasten des Versicherers gehe; diese Bestimmung läßt jedoch zugleich auch die Möglichkeit offen, ohne diesen Modus allerdings direkt vorzuschreiben, daß die Dauer der Haftung und der Reingewinnentgang schon zu Beginn der Haftzeit bestimmt werde, wie es in Österreich und in Ungarn auch Regel ist. In § 7 der österreichisch-ungarischen Betriebsstillstandsbedingungen, welche von der Ermittlung der fortlaufenden Betriebsauslagen handelt, heißt es dagegen, daß die Entschädigung für diese während der ganzen Dauer des Betriebsstillstandes am Schlusse jedes Monats ausbezahlt werde. In praxi aber pflegen die österreichischen und die ungarischen Versicherer, wenn eine Einigung über den Reingewinnentgang schon zu Beginn der Haftzeit zustandekommt, gleichzeitig auch die Ansprüche



des Versicherten auf Ersatz der fortlaufenden Betriebsauslagen im vorhinein zu kalkulieren und dem Versicherten im Vergleichswege zu bezahlen.

Die Schadenermittlung im nachhinein hat mit einem großen Übelstande zu kämpfen. Wir haben gesehen, daß die Schadenhöhe auf Basis des Absatzrückganges bestimmt wird. Der Absatz-Rückgang ist die Differenz zwischen dem Absatz, welcher bei ungestörtem Betriebe während der Haftdauer erzielt worden wäre und welcher sich stets nur schätzungsweise bestimmen läßt, und dem Absatz, welcher während der Haftdauer wirklich erzielt wurde, und welcher daher im nachhinein ganz genau festgestellt werden kann. Nun ist aber die Höhe dieses erzielten Absatzes zum guten Teile von der Willkür des Versicherten abhängig. Der Versicherte kann sich in der Aufsuchung von Orders lässig zeigen oder er kann Offerte ohne triftige Gründe ablehnen und es wird anderseits nicht immer möglich sein, aus einem geringen Absatz in der Haftzeit auch auf einen geringen Absatz bei ungestörtem Betriebe zu schließen. Der mögliche Absatz des Versicherten entzieht sich viel mehr der Kontrolle des Versicherers als die mögliche Produktion. Es ist aber auch das zu berücksichtigen, daß beinahe mit jeder Wiederherstellung bauliche oder maschinelle Änderungen, die Einführung neuer Erzeugungmethoden oder Vergrößerungen des Betriebsumfanges verbunden werden, welche schon in der Projektierung und sodann in der Herstellung Zeit in Anspruch nehmen, und daß daher auch bei Bestimmung der Haftdauer im nachhinein die wirklichen Verhältnisse, welche bei der Wiederherstellung geherrscht haben, selten werden zur Basis genommen werden können.

Diese Überlegungen haben die österreichischen und die ungarischen Versicherer veranlaßt, den Absatz-Rückgang und überhaupt den ganzen Schaden zu Beginn der Haftzeit festzustellen. Da, wie wir gesehen haben, die fortlaufenden Betriebsauslagen des Fabrikanten auf Grund des Produktionsausfalles zu ermitteln sind, so besteht bezüglich dieser das angeführte Bedenken gegen die retrospektive Ermittlung nicht in diesem Maße, und tatsächlich sehen ja die österreichisch-ungarischen Bedingungen die Vergütung der fortlaufenden Betriebsauslagen monatlich im nachhinein vor. Die Schätzung des Absatz-Rückganges im vorhinein und die Feststellung des Produktions-Ausfalles im nachhinein könnten aber Differenzen zwischen der geschätzten und der wirklichen Haftdauer zeitigen, welchen man besser dadurch aus dem Wege geht, daß die Schätzung des ganzen Schadens prospektiv erfolgt.

Bei dieser prospektiven Schätzung muß der Versicherer aber natürlich auf die Kenntnis der wirklichen Ergebnisse des gestörten Betriebes während der Haftdauer verzichten und er kann, wenn er die Ergebnisse mit und ohne Betriebsunterbrechung kalkuliert, auch solche Geschäftskonjunkturen nicht berücksichtigen, welche unvorhergesehenerweise erst in der Haftzeit auftreten. Darin liegt unzweifelhaft ein großer Mangel des prospektiven gegenüber dem retrospektiven Verfahren. Wird die prospektive Schadenschätzung

durch beiderseits gewählte Sachverständige vorgenommen, so besteht außerdem die Möglichkeit, daß der Versicherte die Schätzung nachträglich mit Erfolg anficht, weil offenbar wird, daß sie zu seinen Ungunsten von der wahren Sachlage erheblich abwich. Umstände, welche geeignet sind, die Schadenschätzung zugunsten des Versicherers zu ändern, würden diesem dagegen schwerlich zur Kenntnis kommen und von ihm daher auch nicht geltend gemacht werden können. Es wird daher notwendig sein, wenn die Schadenschätzung prospektiv durch Sachverständige vorgenommen wird, daß die Schadensabmachung unabhängig davon in Form eines Vergleiches erfolge, auf dessen Anfechtung beide Teile ausdrücklich verzichten.

Da wir uns schon mit der Schadenerhebung beschäftigen, so möchte ich hieran eine Besprechung der Grenzgebiete zwischen Feuersach- und Betriebsstillstandversicherung anknüpfen, weil ja das Auseinanderhalten der auf diesen Grenzgebieten auftretenden parallelen oder divergierenden Interessen der beiden Versicherer gerade bei den Schadenerhebungen eine große Rolle spielen wird. Eine gewisse Verschiedenheit, wenn auch schwerlich ein direkter Gegensatz der Interessen zwischen beiden Versicherern dürfte sich manchmal in Hinsicht auf die Aufteilung der zur Abwendung und Minderung des Schadens aufgewendeten Kosten ergeben. Eine gerechte Aufteilung dieser Kosten zwischen den beiden Versicherungen wird auch dann notwendig, wenn zwar derselbe Versicherer die Feuersach- und die Betriebsstillstandversicherung geleistet hat, wenn aber das Rückversicherungsverhältnis in beiden Fällen ein verschiedenes ist. Es ist schwer über die Aufteilung dieser Kosten allgemeine Regeln aufzustellen, ich möchte daher hier nur einen der häufigsten Fälle beispielsweise anführen. Die durch Löschwasser beschädigten Waren einer Handlung, z. B. Rund- und Stabeisenvorräte, sollen vor weiterem Verderben bewahrt werden. Die Kosten der Reinigung und Einfettung dieser Vorräte haben unzweifelhaft zu Lasten des Feuersachversicherers zu gehen, da dieser den Wert nach dem Brande unter Berücksichtigung der durchgeführten oder durchzuführenden Konservierungsmaßregeln einschätzt. Muß zum Zwecke dieser Arbeiten ein Lokal gemietet werden, so wird er diese Mietkosten jedoch nur insofern zu tragen haben, als sie ihm zugute kommen; dem Feuersachversicherer genügt in einem solchen Falle die Miete eines einfachen Magazines für die Zeit bis zur Beendigung dieser Konservierungsarbeiten; wird dagegen behufs Fortführung des Betriebes ein kostspieliges Lokal in entsprechender Geschäftslage und auf längere Zeit gemietet, so sind die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht mehr Sache des Feuerversicherers, der Betriebsstillstandversicherer wird vielmehr die vom Feuersachversicherer nicht gedeckten Kosten insofern zu vergüten haben, als sie sich als Mehrkosten gegenüber den regelmäßigen Geschäftsunkosten darstellen.

Alle Maßnahmen zur Wiederherstellung der brandzerstörten Gegenstände sind eigentlich auch Maßnahmen zur Abwendung und

Minderung des Betriebsstillstandschadens. In den Betriebsstillstandbedingungen ist nicht ausdrücklich gesagt, daß der Ersatz für Rettungsmaßnahmen die Wiederherstellungskosten keinesfalls in sich begreift. Man hat dies als selbstverständlich betrachtet, da der Ersatz der Wiederherstellungskosten Gegenstand der Feuerversicherung ist. Aber es ist zu befürchten, daß der Versicherte, der gegen den Feuersachschaden ungenügend gedeckt ist, sich den Fehlbetrag unter dem Titel von Maßnahmen zur schleunigen Wiederinbetriebsetzung vom Betriebsstillstandversicherer wird hereinbringen wollen. Insbesondere wird dies hinsichtlich der etwa unversichert gebliebenen Aufräumungskosten der Fall sein, da der Versicherte sich in der Inangriffnahme dieser Arbeiten ebenso wie im Tempo ihrer Durchführung lässig zeigen und dadurch eine gewisse Pression auf den Betriebsstillstandversicherer ausüben kann. Es wird sich aus diesem Grunde empfehlen, daß der Betriebsstillstandversicherer zur Bedingung mache, daß die Aufräumungskosten unter allen Umständen beim Feuersachversicherer gedeckt werden, und daß er sich durch eine Frage im Antrage hierüber Gewißheit verschaffe.

Bilden also schon die Rettungsmaßnahmen ein Grenzgebiet, auf welchem die Interessen vom Feuersach- und Betriebsstillstandversicherer zusammentreffen und eventuell auch kollidieren können, so ist dies natürlich um so mehr dort der Fall, wo der Feuersachversicherer durch Vergütung von Gewinnelementen in das Gebiet der reinen Interesseversicherung hinübergreift.

Ein solcher Fall von Gewinnvergütung liegt z. B. in der Feuersachversicherung vor, wenn dem versicherten Fabrikanten Markt- oder Verkaufspreise entschädigt werden. Es wäre nun gewiß am einfachsten zu sagen, der Feuersachversicherer darf in Hinkunft, wenn gleichzeitig eine Betriebsstillstandversicherung vorliegt, nur mehr Selbstkostenpreise bezahlen. Wie aber hat sich der Betriebsstillstandversicherer zu benehmen, wenn sich der Feuersachversicherer an diese Regel nicht gehalten hat oder nicht halten konnte? In einem solchen Falle wird der Betriebsstillstandversicherer den Gewinnentgang statt auf Grund des Absatz-Rückganges auf Grund des Produktionsausfalles, der die verbrannte fertige Ware nicht umfaßt, vergüten, wobei natürlich auch der angerechnete Produktionsausfall immer noch unter dem Gesichtspunkte wird überprüft und eventuell richtiggestellt werden müssen, daß die am Brandtage vorhanden gewesenen fertigen Waren und die als Produktionsausfall angenommenen Mengen in einem entsprechenden Zeitraume nach den vorliegenden Marktverhältnissen auch wirklich hätten abgesetzt werden können.

Es dürfte nicht uninteressant sein, auf die verschiedentliche Stellung, welche der Feuersach- und der Betriebsstillstandversicherer den Markt- und Verkaufspreisen gegenüber einnehmen, bezw. einzunehmen haben, etwas näher einzugehen. Beginnen möchte ich mit den Fällen, in welchen es dem Feuersachversicherer unmöglich ist, bis auf die Selbstkostenpreise zurückzugehen. Es handelt sich da in der Hauptsache um die Versicherung von Rohstoffproduzenten, z. B. von

Waldabstockungs- oder Bergwerksunternehmungen. Die möglicherweise sehr niedrigen Preise, zu welchen seinerzeit der Wald oder das Bergwerk gekauft wurden, können für die Sachentschädigung der verbrannten Produkte nicht maßgebend sein. Der Feuersachversicherer wird von den Marktpreisen der Rohprodukte ausgehen und diese um die durch den Brand ersparten Kosten kürzen; er wird dem Produzenten für die verbrannte Ware also unter allen Umständen den entgangenen Unternehmergewinn vergüten müssen. Diese Risikenkategorien bieten aber auch dem Betriebsstillstandversicherer besondere Schwierigkeiten in der Hinsicht, was als Gewinnentgang anzusehen sei. Wir wollen vorerst bei dem einfacheren Beispiele von der Waldabstockung bleiben. Angenommen wird, daß kein Brand im Walde stattgefunden hat, sondern daß die Betriebsunterbrechung in der Abstockung durch den Brand der zugehörigen Säge hervorgerufen wurde. Der Ankaufspreis des Waldes läßt sich auf die einzelnen Waldparzellen aufteilen, und da man die Schläge kennt, welche der Versicherte während der Betriebsstillstandperiode abgeholzt hätte, ebenso die aufzuwendenden Kosten und die Verkaufspreise für das Schnittmaterial, so läßt sich der entgangene Reingewinn mit ziemlicher Genauigkeit bestimmen. Es wird aber zweierlei zu beachten sein. Vor allem erscheint es untunlich, dem Versicherten etwa die der Abholzung entsprechenden jährlichen Abschreibungen am Buchwerte des Waldes unter dem Titel der fortlaufenden Geschäftsunkosten zu versichern, bzw. zu vergüten, denn die abzustockenden Parzellen sind ihm ja geblieben. Aus demselben Grunde wird zu überlegen sein, ob der Versicherte den Ersatz des Reingewinnes beanspruchen darf, da es sich für ihn ja nicht um den Entgang, sondern bloß um den Aufschub eines Reingewinnes handelt. Der versicherte Unternehmer wird dagegen geltend machen, daß er nach Beendigung des einen Waldgeschäftes jedenfalls ein anderes beginnen und daher in jedem Jahre die Anwartschaft auf einen Gewinn besitzen werde. Man wird dieser Argumentation meiner Ansicht nach beipflichten können, wenn es sich im gegebenen Falle um einen im Waldgeschäfte normalen Gewinn handelt; einen darüber hinausgehenden außergewöhnlichen Gewinn wird der Versicherer jedoch nicht ersetzen können, da derselbe, wie erwähnt, für den Versicherten nur aufgeschoben ist. Die Unbestimmtheit der in Betracht kommenden Umstände zeigt, daß es bei derartigen Versicherungen notwendig sein würde, schon bei Übernahme derselben die Elemente taxativ festzustellen, auf deren Grundlage der Gewinnentgang berechnet werden soll, und ich möchte es dahingestellt sein lassen, ob das gesetzliche Verbot, eine Gewinntaxe zu vereinbaren, auch in einem solchen Falle gerechtfertigt ist.

Bei Bergwerksversicherungen liegen die Mengen des betr. Kohlen- oder Erzlagers, auf welche die seinerzeitigen Ankaufskosten zu repartieren wären, meist nicht zutage und können auch mit keiner befriedigenden Genauigkeit bestimmt werden; da die Ankaufskosten außerdem häufig bereits zur Gänze abgeschrieben wurden, so weisen alle späteren Betriebsrechnungen — genau genommen — zu hohe Ge-

winne aus. Wenn es sich aber um Kohlenflötze oder Erzlager von großer Mächtigkeit handelt, deren Ergiebigkeit voraussichtlich noch Jahrzehnte hindurch anhält, so wird man sich über diese Umstände wohl hinwegsetzen und den Gewinnentgang auf Grund der Selbstkosten, Verkaufspreise und voraussichtlichen Fördermengen berechnen und vergüten können.

Schwierigkeiten anderer Art, als soeben hinsichtlich der Rohstoffe erörtert, können sich bei Fabrikaten einstellen, wenn der versicherte Fabrikant ein größeres Quantum seiner Erzeugung gegen festen Schluß verkauft hat. Es ist ja bekannt, daß der deutsche Feuersachversicherer heute schon dem Versicherten für verbrannte lieferungsfertige Fabrikate, die fest verkauft, aber dem Käufer noch nicht übergeben waren, den Verkaufspreis vergütet. Uns interessiert nun vor allem die Frage, welche Stellung der Betriebsstillstandversicherer derartigen Schlüssen gegenüber bei Ermittlung des Reingewinnentganges einzunehmen hat. Es ist klar, daß er einen anzuhoffenden Schlußbriefgewinn nur insoweit berücksichtigen darf, als die verschlossenen Mengen nicht schon vor dem Brande geliefert wurden, oder durch Nacherzeugung nach dem Brande gedeckt werden können, oder als der Versicherte nicht für verbranntes Fertigfabrikat schon von seinem Feuersachversicherer die Schlußbriefpreise vergütet erhalten hat.

Für den Versicherer, welcher den aus Verkaufsschlüssen resultierenden Gewinn berücksichtigt, besteht aber die Gefahr, daß ihm der Versicherte im Schadenfalle nur jene Schlußbriefe vorlegt, welche einen Gewinn über den gerade geltenden Marktpreis hinaus ergeben, daß der Versicherte ihm dagegen Schlüsse, welche unter diesem Marktpreise erfolgten, verheimlicht. Es scheint mir daher empfehlenswert, daß der Feuersachversicherer, der freiwillig, und daß der Betriebsstillstandversicherer, der im Rahmen seiner Aufgabe notgedrungen den Schlußbriefgewinn in Rechnung stellt, bedinge, daß ihm der Versicherte alle Schlüsse, welche im Verhältnis zu seinem Jahresabsatze einen gewissen Umfang erreichen, anzeige, oder alle ohne Ausnahme fortlaufend in einem Journale verzeichne, und daß er auch durch Aufschreibungen ermögliche, die auf diese Schlüsse effektuierten Mengen jederzeit festzustellen.

Unter dieser Voraussetzung wird also der Betriebsstillstandversicherer dem Versicherten im Rahmen der Betriebsstillstandversicherung Ersatz für den Gewinnentgang leisten können, welchen er durch Nichterfüllung des Schlußbriefes erleidet, und es bedarf hierzu keiner besonderen Schlußbriefversicherung.

Die Stellung des Versicherers einem Schlußbriefgewinne gegenüber ändert sich, wenn es sich um einen Schluß über marktgängige Ware handelt. Ich nehme zuerst den Fall, daß der Schlußbriefpreis über dem Marktpreise liege. Dann ist der Versicherte imstande, sich die zur Erfüllung des Schlußbriefes notwendigen Mengen zum Marktpreise zu beschaffen und sich dadurch den Mehrgewinn über den Marktpreis zu sichern. In einem solchen Falle wird es also genügen, daß der Versicherer bloß den Marktpreis in Rechnung stelle, und

speziell für den Betriebsstillstandversicherer wird ein solcher Schlußbrief bloß die Bedeutung haben, daß er ihm die Verkäuflichkeit der Ware bestätigt.

Der entgegengesetzte Fall liegt vor, wenn der Schlußbriefpreis unter dem Marktpreis liegt. Der Versicherer hat dann natürlich nur den niedrigeren Schlußbriefpreis in Rechnung zu ziehen. Wenn der Versicherte sich jedoch kraft Lieferungsvertrages oder aus geschäftlichen Rücksichten bemüßigt sieht, seinen Schluß zu erfüllen und fehlende Ware zum höheren Marktpreis nachzukaufen, so erwächst ihm daraus ein Verlust, den ihm der Betriebsstillstandversicherer nicht zu ersetzen hat. Daß das Bedürfnis nach Deckung eines solchen Verlustes vorhanden ist, beweist die von den österreich.-ungar. Feuerversicherern den Zuckerfabrikanten geleistete Preisdifferenzenversicherung, auf Grund welcher dem Zuckerfabrikanten eben in einem solchen Falle die Differenz zwischen dem Schlußbriefpreise und dem höheren Marktpreise vergütet wird.

Es würde meiner Ansicht nach kein Bedenken vorliegen, derartige Versicherungen auf Verlangen jeder Industrie bzw. jedem Industriellen zu leisten, nur sollte das in Hinkunft im Anschlusse an die Betriebsstillstandversicherung und nicht im Anschlusse an die Feuersachversicherung geschehen, nachdem die Nichterfüllung des Schlusses nicht bloß durch die Brandzerstörung fertiger Ware, sondern auch durch den Betriebsstillstand bedingt ist und nachdem speziell der Betriebsstillstandversicherer, welcher den Absatz-Rückgang ermittelt, in der Lage ist festzustellen, ob und welcher Teil des Schlusses etwa trotzdem noch erfüllt werden kann, ohne fremde Ware nachzukaufen.

Umgekeht, wie die österreichisch-ungarischen Feuerversicherer auf Grund einer besonderen Versicherung, wenn der Schlußbriefpreis unter dem Marktpreise liegt, dem Zuckerfabrikanten den für ihn resultierenden Verlust ersetzen, vergüten die deutschen Feuerversicherer auf Grund einer besonderen Versicherung bei einer derartigen Preiskonstellation dem Käufer von Zucker den Gewinn, welcher ihm dadurch entgeht, daß ihm der Zuckerfabrikant infolge des Brandes den billigen Zucker nicht liefert. Wenn in einem Lande diese beiden Versicherungsarten nebeneinander betrieben werden sollten, so würde die Möglichkeit vorliegen, daß der Zuckerfabrikant vom schadlos gehaltenen Käufer zu liefern entbunden wird und trotzdem von seinem Betriebsstillstandversicherer die bestehende Preisdifferenz einkassiert, oder daß der Käufer vom schadlos gehaltenen Zuckerfabrikanten den nachgekauften Zucker und außerdem noch von seinem Versicherer die Preisdifferenz erhält. Es würde daher notwendig sein, daß sich die Versicherer über die Aufteilung ihrer Haftung und über die gegenseitige Anzeige solcher parallel laufenden Versicherungen untereinander verständigen.

Auch in Hinsicht auf die Vergütung des Kapitalzinses gibt es ein Grenzgebiet, auf welchem Feuersach- und Betriebsstillstandversicherung zusammentreffen. Diesbezüglich muß man sich klar

machen, daß der Versicherte vom Betriebsstillstandversicherer den ganzen Gewinnentgang und damit auch den Zins von dem in dem Unternehmen investierten Betriebskapitale vergütet erhält, so daß jede anderweitige Kapitalzinsvergütung durch den Feuersachversicherer, welche nicht etwa den Charakter von Verzugszinsen hat, zu einer Bereicherung des Versicherten führen müßte.

Ein solcher Fall von Kapitalzinsvergütung durch den Feuersachversicherer liegt vor, wenn dem Fabrikanten unter den Unkosten für die verbrannte fertige Ware auch die anteiligen Zinsen nach seinem eigenen Betriebskapital vergütet werden. Die Vergütung dieser Zinsen durch den Feuersachversicherer umfaßt ein reines Gewinnelement, sie widerspricht daher der ausdrücklichen Policenbestimmung, wonach der entgangene Gewinn von der Versicherung ausgeschlossen sein soll, und der Feuersachversicherer leistete diese Zinsvergütung bisher nur deshalb, weil es nicht gut anging, den Fabrikanten, der mit eigenem Kapital arbeitete, schlechter zu stellen als denjenigen, der mit fremden Kapital arbeitete. Der Feuersachversicherer wird daher in Zukunft dem gegen Betriebsstillstand Versicherten diesen Zins nach eigenem Kapitale keinesfalls mehr vergüten dürfen, wohl aber wird er dem Fabrikanten auch weiterhin unter den Unkosten der verbrannten Ware den Zins nach *fremdem* Kapitale in Rechnung stellen müssen, denn dieser Zins erscheint in der Betriebsstillstandversicherung unter den fortlaufenden Unkosten, welche dem Fabrikanten nur auf Grund des Produktions-Ausfalles, also nicht auch für die verbrannte fertige Ware vergütet werden.

Einen anderen Fall von Kapitalzinsvergütung läßt sich der Feuersachversicherer zuschulden kommen, wenn er dem Versicherten für Gegenstände, die dieser erst später nachzuschaffen oder zu bezahlen hat, die Vergütung ohne jeden Diskont-Abzug leistet. Diese Frage ist außerordentlich interessant, und ich möchte sie daher etwas eingehender behandeln. Man muß diese Frage trennen für Gebäude und Einrichtungsgegenstände auf der einen und für Waren auf der anderen Seite.

Wenn der Feuersachversicherer für Gebäude und Einrichtung Antizipativpreise vergütet, d. h. Preise, welche der Versicherte dem Baumeister oder Maschinenfabrikanten in vorhinein zu bezahlen hätte, dann befindet sich die Sache in vollster Ordnung. Wenn der Versicherer aber für Maschinen, die auf Grund der Bestellung erst angefertigt werden müssen, die Preiskurantpreise vergütet, welche für prompt lieferbare Maschinen gelten, und welche daher erst bei Lieferung der bestellten Maschinen zu zahlen sein würden, oder wenn die Einheitspreise, welche er für die notwendigen Bauarbeiten vergütet, wie gewöhnlich, auf der Basis kalkuliert sind, daß der Versicherte dem Baumeister die vereinbarte Baumsumme bloß ratenweise nach Maßgabe des Baufortschrittes zu bezahlen hat, dann liegt in dieser Art der Schadenberechnung eine Kapitalzinsvergütung, welche sich neben dem vom Betriebsstillstandversicherer erfolgenden Ersatze des Gewinnentganges als Doppelvergütung darstellt.

Handelt es sich um Rohstoffe des Fabrikanten oder Waren des Händlers, so wird namentlich der Fabrikant infolge des Betriebsstillstandes neue Rohstoffe nicht sofort, sondern erst kurz vor Beendigung der Wiederherstellungsarbeiten zu beziehen brauchen, er wird daher den Zins der für Rohstoffe vom Feuersachversicherer erhaltenen Entschädigung in der Zwischenzeit lukrieren können, was wieder in Hinblick auf die Gewinnentgang-Entschädigung durch den Betriebsstillstandversicherer eine Doppelvergütung darstellt.

Das deutsche Versicherungs-Vertrags-Gesetz bestimmt, daß die Entschädigung nach dem Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls mit vier v. H. zu verzinsen ist; wurde der Schaden bis zu diesem Zeitpunkte noch nicht festgestellt, so kann der Versicherte die Abschlagszahlung fordern. Bleibt der Versicherer nach Feststellung des Schadens mit der Zahlung im Verzuge, so wandeln sich die vorgenannten Zinsen in Verzugszinsen um.

Das Gesetz nötigt also den Feuersachversicherer nicht, für Gebäude und Einrichtungsgegenstände höhere als Antizipativpreise zu bezahlen. Der Versicherte soll die Antizipativpreise bei Bestellung der Wiederherstellungsarbeiten vom Feuersachversicherer bezahlt erhalten. Bleibt der Feuerversicherer über diesen Zeitpunkt hinaus im Verzuge, so liegt in der Zinsvergütung von seiner Seite keinerlei Möglichkeit einer Gewinnlukrierung für den Versicherten. Können jedoch die Schadenerhebungsarbeiten des Feuersachversicherers einen Monat nach Anzeige des Versicherungsfalles noch nicht abgeschlossen werden und findet sich der Chomageversicherer veranlaßt, die dadurch hervorgerufene Verzögerung der Wiederherstellungsarbeiten bei Bestimmung der Haftdauer zu berücksichtigen, so erhält der Versicherte für die Zwischenzeit bis zur Bestellung der Wiederherstellungsarbeiten eine doppelte Zinsvergütung, einmal die gesetzlichen Zinsen vom Feuersachversicherer und das zweite Mal vom Chomageversicherer den Gewinnentgang, der die Verzinsung des Anlagekapitals einschließt. Wie man indes sieht, dürfte dieser Fall in der Praxis keine allzugroße Rolle spielen.

Ganz anders liegt die Sache jedoch bezüglich der Entschädigung des Feuersachversicherers für verbrannte Waren. Hier verlangen die Versicherungsbedingungen und das Gesetz, daß die am Brandtage geltenden Preise einen Monat nach Erstattung der Schadenanzeige bezahlt werden, auch wenn der Versicherte seine Nachschaffungen infolge des Betriebsstillstandes erst viele Monate später vorzunehmen braucht; der Abzug von entsprechenden Zinsen ist dem Feuersachversicherer nicht gestattet, er ist in diesem Falle zu einer indirekten Kapitalzinsvergütung genötigt. Die Remedur wird darin bestehen müssen, daß der Betriebsstillstandversicherer in allen soeben erörterten Fällen, in welchen der Feuersachversicherer sei es ohne, sei es mit Nötigung eine Kapitalzinsvergütung geleistet hat, diese von der Vergütung für Reingewinnentgang in Abzug bringt.

Abweichend von den genannten gesetzlichen Vorschriften bestimmen die deutschen Betriebsstillstandbedingungen, daß der Betriebsstillstandversicherer Verzugszinsen erst nach Ablauf eines

Monats zu leisten habe, nachdem der Betriebsstillstandschaden vollständig festgestellt ist, unberührt davon bleibt jedoch das Recht des Versicherten, nach Ablauf jedes Monats Abschlagszahlungen zu verlangen, soweit es möglich ist, den Betrag festzustellen, den der Versicherer für den verflossenen Teil der Haftzeit mindestens zu zahlen hat.

Die erwähnten, der Feuersachversicherung entnommenen Bestimmungen tragen jedoch dem Charakter der Betriebsstillstandversicherung nicht genügend Rechnung, oder sie sind zum mindesten in dieser Hinsicht nicht genügend klar. Wenn man in der Betriebsstillstandversicherung dem Versicherten den Gewinnentgang monatlich nachhinein vergütet, so würde dies nur dann zu keiner Bereicherung des Versicherten führen, wenn er in Wirklichkeit auch in der Lage gewesen wäre, diesen Gewinn monatlich zu realisieren. Diese Voraussetzung trifft jedoch ganz gewiß nicht zu bei Betrieben, welche ihren Kunden längere Kredite einzuräumen pflegen. Betriebe, welche eine stärkere Saison haben, werden vor Eintritt derselben alle Kräfte derart anspannen müssen, daß sie frühestens in der zweiten Hälfte der Saison zu einer Gewinnrealisierung gelangen werden usw. Daher werden die deutschen Betriebsstillstandversicherer, wenn sie den Schaden monatlich nachhinein liquidieren, ebenso wie die österreichisch-ungarischen Betriebsstillstandversicherer, die den Schaden im vorhinein liquidieren, darauf Bedacht nehmen müssen, die Vergütung für den Gewinnentgang von dem wahrscheinlichen Realisierungstermin auf den Zahltag zu diskontieren.

Die vorstehenden Überlegungen haben wohl zur Evidenz gezeigt, daß hinsichtlich der Vergütung solcher besonderer Gewinnelemente ein Zusammenwirken von Feuersach- und Betriebsstillstandversicherer notwendig ist. Ebenso dürfte es sich empfehlen, daß beide Versicherer bei Ermittlung des normalen Geschäftsgewinnes und bei Aufnahme der Inventur Hand in Hand vorgehen, da sie auch an diesen Feststellungen ein gemeinsames Interesse besitzen.

Es ist schon wiederholt darauf hingewiesen worden, daß das Verfahren, den Prämiensatz der Betriebsstillstandversicherung als Vielfaches der Feuerversicherungsprämie des betreffenden Risikos zu bestimmen, nur als vorläufiges und wenig befriedigendes Aushilfsmittel betrachtet werden kann. Die Gefahr der Betriebsstillstandversicherung ist bedingt durch drei Gefahrdimensionen, wie ich sie bezeichnen möchte, durch die Wahrscheinlichkeit, daß ein Brand eintritt, der einen Betriebsstillstand nach sich zieht, durch den möglichen Umfang des Betriebsstillstandes und durch seine mögliche Dauer, und die Prämie sollte, wenn schon nicht die individuelle Gefahr des Risikos, doch die Gefahr der betr. Risikengattung nach diesen drei Richtungen zum Ausdruck bringen. Ich will mich daher mit diesen drei Gefahrsdimensionen noch etwas näher beschäftigen und verweise diesbezüglich auch auf die interessanten Ausführungen von *Henne* in dem *Ehrenzweig*'schen Assekuranz-Jahrbuch pro 1913.

Die Gefahr, daß ein Brand entsteht, ist der Feuersach- und der Betriebsstillstandversicherung gemeinsam. Die Gefahr, daß ein

vorgefallener Brand einen Betriebsstillstand nach sich zieht, interessiert eigentlich nur insofern, als der hervorgerufene Betriebsstillstand von einiger Bedeutung sein würde. Da ist es nun klar, daß ein totaler Brandschaden unter allen Umständen einen schweren Betriebsstillstandschaden verursachen muß. Bezüglich der Folgen eines Brandschadens von kleinem Umfange läßt sich dagegen allgemein gar keine Voraussage machen, es muß vielmehr das Risiko darauf untersucht werden, welchen Einfluß die Brandzerstörung jedes einzelnen Teiles auf die Fortführung des Betriebes nehmen würde. Gewiß ist, daß der Teil- oder Unterbetrieb, welcher sich in dem brandzerstörten Objekte befand, eine Unterbrechung erleiden wird. Die Unterbrechung ist aber eine viel weitergehende und kann den Betrieb in seinem ganzen Umfange lahmlegen, wenn der brandzerstörte Teilbetrieb ein unentbehrliches Glied in dem fortlaufenden Produktionsprozesse bildet, wenn dieser Teilbetrieb nur in einmaliger Ausführung vorhanden ist, und wenn endlich das Teilprodukt anderwärts nicht beschafft werden kann. Ein Betrieb mit nur einer Kraft- oder Kühlmaschine, mit einer einzigen Wasserversorgungs- oder Gasbereitungsanlage, eine Erzgewinnung mit nur einer Aufbereitungsanlage, eine Spinnerei mit nur einem Krempelsaal werden durch die Brandzerstörung der genannten Unterbetriebe zu völligem Stillstande gezwungen.

Als dritte Gefahrsdimension kommt die Wahrscheinlichkeit einer längeren oder kürzeren Dauer des Betriebsstillstandes in Betracht. Diesbezüglich sind bei der Wiederherstellung Umstände technischer Natur und bei dem Warenumsatze Umstände kommerzieller Natur zu berücksichtigen. Die Wahrscheinlichkeit einer raschen Wiederherstellung der brandzerstörten Gebäude ist in südlichen Ländern größer, da dort die Bausaison länger dauert. Kraftmaschinen für kleinere Betriebe lassen sich rasch herbeischaffen, denn sie sind marktgängige Ware und brauchen daher nicht erst bestellt zu werden usw. In kommerzieller Hinsicht ist zu beachten, daß Betriebe, welche im Bezuge der Rohstoffe an eine gewisse Saison gebunden sind, wie z. B. Zuckerrübenfabriken, Seidenspinnereien, oder welche ihren Hauptabsatz in einer bestimmten Saison abwickeln, wie z. B. Eisfabriken, Bierbrauereien, Strohhutfabriken, natürlich viel härter als andere Betriebe von einem Brande betroffen werden, wenn derselbe im ersten Falle kurz nach Schluß der Bezugssaison oder im zweiten Falle kurz vor Beginn der Absatzsaison vorfällt.

Die Haftdauer findet bei unserem heutigen Tarifierungssystem insofern Berücksichtigung, als für eine kürzere Haftzeit eine relativ höhere Prämie berechnet wird. Man beruft sich dabei auf das Beispiel der Bruchteilwertversicherung in der Einbruchdiebstahlversicherung; bei dieser bleibt die Mehrzahl der Schäden innerhalb des vom Gesamtwerte versicherten Bruchteiles; analog wird bei der Betriebsstillstandversicherung mit abgekürzter Haftzeit die Mehrzahl der Betriebsunterbrechungen innerhalb der versicherten abgekürzten Haftzeit behoben werden können. Deshalb werde auch die Betriebsstillstandversicherung mit abgekürzter Haftzeit von dem Versicherten

als eine Art premier-risque-Versicherung gewählt werden, um an Prämie zu sparen. Man übersieht aber, daß zwischen diesen beiden Versicherungsarten doch ein wesentlicher Unterschied besteht. In der Einbruchdiebstahlversicherung ist nämlich im allgemeinen die Gefahr eines hochprozentigen Schadens desto größer, je kleiner der Lagerwert ist, weil der Einbrecher von einem kleinen Lager einen unverhältnismäßigen größeren Teil forttragen kann als von einem großen Lager; die Größe des Warenlagers vermindert die Gefahr. Bei der Betriebsstillstandversicherung ist aber umgekehrt gerade die Möglichkeit einer längeren Haftdauer ein Gefahrsumstand; je größer die Höchstdauer des Betriebsstillstandes, desto schwerer ist das Risiko.

Die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit eines längeren Betriebsstillstandes müssen wir heute in Ermanglung anderer anerkannter Tarifierungsmerkmale an der vom Versicherten gewählten Haftzeit messen, und ich glaube auch, daß dieser Maßstab ein ziemlich verläßlicher sein wird, denn wir werden unzweifelhaft einer Selbstauslese der Versicherten gegenüberstehen; nur derjenige, in dessen Betrieb ein längerer Betriebsstillstand möglich ist, wird eine längere Haftzeit wählen, und diejenigen, bei welchen der längere Betriebsstillstand möglich, aber nicht wahrscheinlich ist, werden viel eher die Versicherung einer kürzeren Haftzeit riskieren als die anderen, bei welchen die Wahrscheinlichkeit für einen langen Betriebsstillstand gegeben ist. Dort, wo der Schaden retrospektiv ermittelt wird, kommt noch dazu, daß der Versicherte, welcher eine kurze Haftzeit gewählt hat, sich sehr beeilen wird, wieder in Betrieb zu kommen, indes der mit langer Haftzeit Versicherte kein besonderes Interesse zeigen wird, die Haftung seines Versicherers abzukürzen.

Was tun nun die Betriebsstillstandversicherer? Sie begünstigen die Risiken mit längerer Haftzeit, indem sie für die Risiken mit kürzerer Haftzeit eine relativ höhere Prämie rechnen; so verlangen die deutschen Versicherer für die zwölfmonatliche Haftzeit das 1½fache und für die sechsmonatliche Haftzeit das Doppelte der Feuergrundprämie, die österreichisch-ungarischen Versicherer im ersten Fall das 1¾fache, im zweiten Fall das 2·45fache der Feuergrundprämie.

Ich halte dies für unrichtig und möchte glauben, daß auch ein im geraden Verhältnisse zur Haftzeit bzw. zur Versicherungssumme steigender Prämiensatz dem Gefahrsunterschiede noch nicht genügend Rechnung tragen würde. In der Feuersachversicherung steht der Umfang der wahrscheinlichen Brandzerstörung in keiner solchen direkten Beziehung zu der vom Versicherten gewählten Versicherungssumme wie in der Betriebsstillstandversicherung die wahrscheinliche Dauer des Betriebsstillstandes zu der vom Versicherten gewählten Haftzeit, und dessenungeachtet begnügt man sich dort nicht damit, daß der Prämienbetrag bei höherer Versicherungssumme ein dementsprechend größerer sei, sondern man begünstigt die Risiken mit einer geringeren Gefahr des Schadenumfanges, indem man einerseits für gute Löschmittel, für die Trennung der feuer-

gefährlichen Manipulationen, für feuersichere Isolierung der Gebäude und Geschosse Nachlässe, anderseits für leicht zerstörbare bewegliche Gegenstände oder für ungünstige Wertverteilung Zuschläge berechnet.

Mir scheint die Gefahr, daß die Betriebsstillstandversicherung mit kürzerer Haftzeit als premier-risque-Versicherung mißbraucht werde, ungleich geringer als die Gefahr, daß ein Risiko von einem lange dauernden Betriebsstillstand betroffen werde. Ich glaube also, daß die tarifarische Erfassung des Gefahrsumstandes, welcher in der Dauer des Betriebsstillstandes gelegen ist, noch Gegenstand vielfachen Studiums wird sein müssen. Es ist ja dabei auch zu bedenken, daß die heute für eine Betriebsstillstandversicherung geforderte Prämie an und für sich im Verhältnis zur Feuersachversicherungsprämie nicht besonders hoch ist. Die Prämie beträgt in Deutschland für eine zwölfmonatliche Haftzeit das 1½fache der Feuergrundprämie; da es aber möglich ist, daß der Brand erst zu Ende des Versicherungsjahres eintritt und einen Betriebsstillstand von zwölfmonatlicher Dauer verursacht, so kann der Betriebsstillstandversicherer für das 1½fache der Feuerjahresprämie möglicherweise zwei Jahre lang in Haftung stehen.

Wenn man, wovon ich ja bereits gesprochen habe, dem Versicherer die Berechtigung zuerkennt, bei der Schadenermittlung zu berücksichtigen, ob der Versicherte den Produktions- oder Absatzausfall ganz oder zum Teil wieder einzuholen vermag, dann bildet die eingeschränkte oder fehlende Einholungsmöglichkeit eine vierte Gefahrsdimension, welche bei der Tarifierung eines Risikos gleichfalls in Rechnung gezogen werden müßte.

Ich habe ja bereits erwähnt, daß kartellierte Betriebe in dieser Beziehung gewöhnlich ein erhöhtes Risiko bieten; das gleiche ist der Fall bei Betrieben, bei welchen der Bezug oder der Absatz von Waren an eine bestimmte Saison gebunden sind. Am ungünstigsten in dieser Richtung sind Betriebe, welche für den fortlaufenden täglichen Bedarf ihrer Kunden arbeiten, wie z. B. Hotels, Sanatorien, Theater, Kraft- oder Lichterzeugungsanstalten, Wasserwerke usw., denn diesen ist — wie *Henne* richtig bemerkt — eine Einholung des verlorenen Absatzes überhaupt unmöglich.

Die tarifarische Berücksichtigung der Einholungsmöglichkeit könnte vielleicht in der Weise erfolgen, daß die Versicherungsnehmer im Antrage über die in Betracht kommenden Umstände befragt, und daß ihnen gegebenenfalls auf Grund ihrer Selbstdeklaration entsprechende Nachlässe eingeräumt werden.

Die neuen Hagelversicherungs-Bedingungen.

Von Kammergerichtsrat Otto Hagen (Berlin).

(Schluß.)

9. Prämienzahlung.

Auch die Regelung der Prämienzahlung bietet einige Besonderheiten.

Im allgemeinen wird zwar ebenso wie im Gesetz, §§ 38 und 39 VVG., zwischen der ersten und den Folgeprämien unterschieden. Auch die Regelung der Rechtsfolgen des Verzuges schließt sich dem Gesetz an, § 14 Abs. 2 bis 4 der Bedingungen.

Die Zahlung der Folgeprämien für die Nachjahre ist mit der Einreichung des Jahresantrages in Verbindung gebracht. Namentlich wird vorgeschrieben, daß die oben besprochene Vorausdeckung nur eintritt, wenn der Versicherungsnehmer im Vorjahre seinen Zahlungsverbindlichkeiten nachgekommen ist und gleichzeitig mit dem demnächstigen Jahresantrage auch für das laufende Jahr die Prämie und die Nebenleistungen bezahlt.

Abweichend dagegen von fast aller sonstigen Gepflogenheit im Versicherungsverkehr ist eine bedingungsmäßige Stundung der Prämie gegen Wechsel, die zu 6 % verzinst und im Falle der Entschädigung ohne Zinsen in Zahlung gegeben werden.

Ihrem Begriffe nach versichert die Aktiengesellschaft zu fester Prämie. Die Erhebung von Nachschüssen ist ausgeschlossen. Beides wird in den Bedingungen zu Beginn des § 14 scharf in den Vordergrund gerückt. Gleichwohl hat die technische Unberechenbarkeit des Hagelrisikos dazu geführt, den Aktiengesellschaften auch bei mehrjährigen Verträgen das Recht vorzubehalten, bei Beginn jeder Versicherungsperiode die Prämiensätze für diese und die folgenden Versicherungsperioden zu erhöhen. Demgegenüber hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherung mit sofortiger Wirkung aufzukündigen. Beides wird an bestimmte Fristen gebunden, § 14 Abs. 1.

Bemerkenswert ist auch, daß, wenn der Entschädigungsberechnung ein niedrigerer als der versicherte Ertrag zugrunde gelegt wird, vgl. oben zu 6, sich die Prämie entsprechend ermäßigt und die Differenz mit der Entschädigung zurückvergütet wird, § 3.

Neben den Prämien spielen Nebenleistungen eine in den Bedingungen stark hervortretende Rolle.

Abweichend von § 36 VVG. wird der Sitz der zuständigen Generalagentur zum vertragsmäßigen Leistungsort bestimmt, § 13 Abs. 3. Für die Gegenseitigkeitsvereine, für die eine gleiche Vorschrift fehlt, gilt wenigstens der allgemeine Gerichtstand am Sitze der Gesellschaft, § 22 ZPO., da hier die Prämien und Nachschüsse in dem Begriffe der genossenschaftlichen Leistungen aufgehen, vgl. *Manes-Hagen*, Versicherungsaufsichtsgesetz (1909) Anm. 2 zu § 20 S. 121.

10. Schadenanzeige.

Für die Schadenanzeige ist eine Frist von vier Tagen gewährt, entsprechend § 110 VVG.

Es genügt aber nicht die nackte Anzeige vom Eintritt des Versicherungsfalls, vielmehr wird eine qualifizierte Anzeige erfordert, d. h. genauere Angaben nicht nur über Tag und Stunde des Hagelschlags, sondern auch über die sämtlichen betroffenen Positionen, für welche Entschädigungsansprüche erhoben werden, und über die mutmaßliche Höhe des Schadens für jede einzelne Position. Es wird auch in der letzteren Beziehung nicht einmal eine Nachholung gestattet, sondern ausdrücklich bestimmt, daß die Gesellschaft für Positionen, die nach Ablauf der viertägigen Frist als beschädigt angemeldet werden, von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, § 15, eine etwas harte Vorschrift, die nur durch den dem Versicherungsnehmer unter allen Umständen zustehenden Entschuldigungsbeweis, § 6 Abs. 2 VVG., § 24 der Bedingungen, gemildert wird. Diese qualifizierte Anzeige wird als unerläßlich für den geordneten Betrieb der Hagelversicherung erachtet. Sie dient vor allem dazu, dem Hagelversicherer eine taugliche Grundlage für die richtigen Anordnungen zur rechtzeitigen Erledigung aller Schäden, namentlich zur sachgemäßen Verfügung über sein Sachverständigenpersonal zu verschaffen.[12])

Die Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine stimmen damit im wesentlichen überein; jedoch ist es hier stellenweise in das Ermessen der entscheidenden Instanzen gestellt, eine Entschädigung zu gewähren oder abzulehnen; auch begnügt man sich bei kürzerer Versäumnis mit einem Abzuge.

Grundsätzlich unterscheiden die Bedingungen zwischen der Anzeige des Schadenfalls und dem Antrag auf Abschätzung. Unter Umständen kann sogar durch die Verabsäumung des letzteren ein Verlust des Rechts auf Entschädigung herbeigeführt werden, § 15 Abs. 3.

11. Besondere Pflichten nach dem Schadenfalle.

Die Eigentümlichkeit des Hagelschlages bringt es mit sich, daß in einer großen Zahl aller Fälle die schädlichen Folgen des Versicherungsfalls erst geraume Zeit nach dessen Eintritt sich zu ihrem vollen Umfange entwickeln. Es fallen hier also die Schadenanzeige und die Schadenfeststellung, die sich sonst tunlichst anschließen, auseinander. Den Zeitpunkt für die Feststellung des Schadens bestimmt die Gesellschaft nach ihrem Ermessen unter Berücksichtigung der Entwicklung der vom Hagel beschädigten Bodenerzeugnisse, § 17 der Bedingungen.

Dies macht wiederum besondere Vorschriften darüber nötig, wie sich der Versicherungsnehmer in der Zwischenzeit in bezug auf die verhagelten Bodenerzeugnisse zu verhalten hat. Die allgemeiner ge-

---

[12]) Vgl. die Verhandlungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft vom Dezember 1903, Veröffentlichungen II, 269, 271 und *Ehrlich*, Versicherungslexikon I, 524.



haltene Vorschrift des § 111 VVG. wird durch nähere Bestimmungen in den Bedingungen ergänzt und erläutert, vgl. § 16 der Bedingungen der Aktiengesellschaften. In den Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine wird vielfach für den Fall der Aberntung und Einbringung reifer Früchte Stehenlassen bestimmter Probestücke vorgesehen. Will der Versicherungsnehmer das beschädigte Land vorher abräumen und anders nützen, so muß er sich „als Ausgleich für den ihm durch die Freigabe erwachsenden Vorteil“, wie es in den Bedingungen der Norddeutschen deutlicher heißt, einen Abzug von der Entschädigungssumme gefallen lassen, § 18.

Von allgemeinerer Wichtigkeit ist dabei ein anderes. Die §§ 62, 63 VVG. verpflichten allgemein den Versicherungsnehmer, beim Eintritt des Versicherungsfalls nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen. Die Aufwendungen zu diesem Zwecke fallen, auch wenn sie erfolglos bleiben, dem Versicherer zur Last, soweit der Versicherungsnehmer sie den Umständen nach für geboten halten durfte. Scheinbar würden unter diese Vorschrift auch die Aufwendungen fallen, die der Landwirt zwecks weiterer Pflege der verhagelten Bodenerzeugnisse macht; auch sie dienen der Minderung des Schadens. Aufwendungen dieser Art liegen aber innerhalb der Berufspflicht des Versicherungsnehmers. Sie fallen nicht unter das Versicherungsverhältnis, sondern werden durch das eigene Interesse des Versicherungsnehmers und durch die Regeln einer ordnungsmäßigen Wirtschaft erfordert[13]) und deshalb abweichend von der Regel des § 63 VVG. den Versicherungsnehmern zur Last gelegt, § 16 Abs. 1 Halbsatz 2 der Bedingungen. Es ergibt sich also hier eine wesentliche, auch grundsätzlich wichtige und unter Umständen auch auf andere Versicherungszweige übertragbare Einschränkung des nur scheinbar ganz allgemein lautenden Grundsatzes des § 63 VVG.

12. Das Feststellungsverfahren.

Von dem weittragendsten Einfluß ist die Schwierigkeit der Feststellung eines Hagelschadens und seines wirklichen Umfangs auf die Gestaltung des eigentlichen Feststellungsverfahrens gewesen. Es handelt sich hier vielfach um eine reine, zum Teil geradezu gefühlsmäßige Schätzung, deren Ergebnis in viel höherem Grade als bei sonstigen Versicherungszweigen sich der Nachprüfung durch eine gerichtliche Beweisaufnahme unzugänglich erweist. Ob ein Brand stattgefunden hat oder ein Einbruchdiestahl nur fingiert gewesen ist oder auch in welchem Umfange eine gegebene Einbuße an Erwerbsfähigkeit auf die Folgen des Unfalls oder auf sonstige Umstände zurückgeführt werden muß — dies festzustellen, sind Aufgaben, die auch sonst innerhalb des Rahmens richterlicher Zuständigkeit und Tätigkeit vorkommen. Inwieweit aber die bei Beginn des Wirtschaftsjahres im voraus getroffene Schätzung des Ernteertrags durch den tatsächlichen Verlauf gerechtfertigt worden wäre oder nicht, und

[13]) *Rohrbeck,* Hagelversicherungsvertrag S. 100 Anm. 468; APV. 8. 156.

inwieweit der nachweisbare Minderertrag auf den Hagelschaden oder auf sonstige, nicht unter den Versicherungsschutz fallende Mißlichkeiten zurückzuführen ist, kann in der Tat nur im Wege freiester Schätzung gefunden werden. Eine sachliche Nachprüfung im Prozeßwege würde mehr oder weniger zu einem Glückspiel ausarten.

Vor dem Versicherungsvertragsgesetz hatte man demgemäß üblicherweise den Rechtsweg hinsichtlich des Schätzungsergebnisses meist völlig ausgeschlossen.[14]) § 64 VVG. hat zwingend und allgemein, also auch für die Hagelversicherung, die Anfechtbarkeit der durch die Sachverständigen getroffenen Feststellung vorgeschrieben, sofern diese Feststellung offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Dies wird in den Bedingungen, § 22, wiederholt.[15]) Daneben wird, wie schon bisher, die Frage, ob überhaupt eine Entschädigungspflicht der Gesellschaft vorliege, bei mangelnder Einigung der richterlichen Entscheidung vorbehalten. Das letztere bezieht sich nicht nur auf das Bestehen des Vertrages überhaupt, sondern auch auf etwaige Verwirkungsfälle. Nach dem Wortlaut könnte es zweifelhaft sein, ob der Ausschluß des Rechtsweges sich auch auf die Frage erstreckt, ob überhaupt ein Hagelwetter eingetreten war oder nicht. Sinngemäß ist aber diese Frage gleichfalls dem Abschätzungsverfahren des § 20 zuzurechnen.

Praktisch wird gerade für die Hagelversicherung das Anfechtungsrecht des § 64 VVG. von geringerer Bedeutung sein. Beweispflichtig für die erhebliche offenbare Abweichung von der wirklichen Sachlage ist der Anfechtende, also praktisch in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Versicherungsnehmer.[16]) Je mehr die Feststellung auf freier Schätzung beruht, um so weniger wird es möglich sein, auch nur den Versuch des Beweises ihrer Unrichtigkeit zu unternehmen. Charakteristisch dafür ist RG. VII, 20. 10. 08, APV. VIII, 37, meines Wissens das einzige Urteil, welches für die vorliegende Frage auf dem Gebiete der Hagelversicherung öffentlich bekannt geworden ist. Hier wurde den Schätzern der Vorwurf großer Flüchtigkeit gemacht: sie hätten ihren Wagen nur, wenn sie vom

[14]) Vgl. *Rohrbeck,* Hagelversicherungsvertrag S. 82 Anm. 364. Schon hiernach wird man übrigens die geringe Zahl der tatsächlich trotzdem vorgekommenen Schadenprozesse in der Hagelversicherung schwerlich als Beweis für eine durchgehende Zufriedenheit der Versicherungsnehmer mit den Schätzungsergebnissen anführen können, die keinerlei Bedürfnis für die Beschreitung des Rechtsweges übrig lasse, vgl. *Krahe* und *v. Putlitz* in den Verhandlungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft vom Dezember 1903, Veröffentlichungen II, 146, 268. 273.

[15]) Vgl. *v. Marks,* Die Obmannstaxe in der Hagelversicherung als Schiedsspruch, Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft 9, 239 ff.

[16]) Die Fassung des § 22 Abs. 1 Satz 2 der Bedingungen weicht von der Wortfassung des § 64 VVG. insofern ab, als das »nicht« aus dem Hauptsatz in den Bedingungssatz versetzt ist. Wollte man den Wortlaut pressen, so würde man hieraus mit einigem gutem Willen die umgekehrte Regelung der Beweislast herauslesen können. Indessen wird man für entscheidend erachten müssen, daß für eine gewollte Abweichung vom Gesetz kein Anhalt vorliegt. Es ist dies einer derjenigen Punkte, wo sich die unnötige Einarbeitung des Gesetzes in die Versicherungsbedingungen gerächt hat. Ebenso § 88 der Bedingungen der Norddeutschen.



Wege abgebogen seien, sonst aber nur ganz ausnahmsweise verlassen; vom Wagen aus hätten sie aber den Schaden auch nicht annähernd übersehen können, da sie sich häufig 700 m von dem zu beurteilenden Feldstreifen entfernt befunden hätten, das Gelände dort auch hügelig sei. Das Reichsgericht erachtet diese Behauptungen nicht für ausreichend, gegen die Schätzung den Rechtsweg zu eröffnen. Es müsse dem pflichtmäßigen und gewissenhaften Ermessen der Schätzer selbst anheimgestellt werden, welche Art örtlicher Besichtigung im einzelnen sie für erforderlich hielten; erfahrenen und geübten Schätzern könne auch bei gewissenhaftester Auffassung ihrer Aufgabe unter Umständen eine Prüfung genügen, die auf Dritte und besonders auf den Geschädigten vielleicht den Eindruck nicht ausreichender Genauigkeit mache; Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit seien noch nicht gleichbedeutend mit offenbarer Unbilligkeit; auch der flüchtige Beurteiler könne gleichwohl zu einem objektiv richtigen Ergebnis gelangt sein; vor allem müßten die Kläger, um Erfolg haben zu können, die objektive Unrichtigkeit der Schätzung dartun.[17])

Um so wichtiger ist die sorgfältige Ausgestaltung des Feststellungsverfahrens, wie sie sich gerade bei der Hagelversicherung herausgebildet hat, vgl. § 20 ff. der Bedingungen. Es wird eine dreifache Stufenfolge unterschieden: die einfache Taxe, die formelle Taxe und die Obmannstaxe. Dem Versicherungsnehmer wird die Pflicht auferlegt, beim Schadenfeststellungsverfahren entweder selbst teilzunehmen oder sich im Falle seiner Behinderung vertreten zu lassen. Die Einzelheiten sind mehr technischer Natur und können daher an dieser Stelle übergangen werden.[18])

13. Kosten des Feststellungsverfahrens.

Die Kosten des Schätzungsverfahrens werden nach § 22 der Bedingungen abweichend von dem gesetzlichen Grundsatz des § 66 VVG., vgl. *Gerhard, Hagen* u. A. VVG. Anm. 10 zu § 64 S. 306, in allen Fällen dem Versicherungsnehmer auferlegt, und zwar im Falle der Zubilligung einer Entschädigung in der Form eines verschieden abgestuften Abzugs von der Entschädigungssumme; bei Ablehnung der Entschädigung als besonders zu vergütende Pauschalsumme, gleichfalls mit verschiedener Abstufung des Höchstbetrages. Die Bedingungen der Gegenseitigkeitsvereine stimmen damit im wesentlichen überein, verzichten aber zum Teil auf die Kostenerstattung bei Ablehnung der Entschädigung.

Zur Vergleichung ist auf die Bedingungen der Unfallversicherung zu verweisen, bei der das Feststellungsverfahren eine ähnliche Be-

[17]) Der letzte Satz ist freilich bedenklich, vgl. *Gerhard, Hagen* u. A. VVG. Anm. 7 Abs. 5; Anm. 8 Abs. 3 zu § 64, S. 304 und 305 ff. Er würde bei buchstäblicher Anwendung für die Hagelversicherung geradezu zu einem Ausschluß des Anfechtungsrechts führen.

[18]) Vgl. über das Reduktionsprinzip und das Nicht-Reduktionsprinzip *Ehrlich* im Versicherungslexikon I. S. 530 ff.



deutung erlangt hat wie bei der Hagelversicherung. Hier wird, vgl. § 11 der Verbandsbedingungen, unterschieden, je nachdem die Entschädigung nach der Kommissionsentscheidung den von der Gesellschaft von vornherein angebotenen Betrag übersteigt oder nicht. Im ersteren Falle werden die Kosten der Ärztekommission von der Gesellschaft, im letzteren bis zu einem bestimmten Höchstbetrage vom Versicherungsnehmer oder seinen Rechtsnachfolgern getragen.

14. Kündigung.

Die Frage der Kündigung hat bei der Hagelversicherung von jeher eine große Rolle gespielt.[19]) Der schon oben berührte Einfluß der Versicherungsnehmer auf die Gestaltung der Vertragsrechte hatte schon vor dem Versicherungsvertragsgesetz dazu geführt,[20]) die Verlängerung einer mehrjährigen Versicherung um die volle ursprüngliche Vertragsfrist als Folge unterbliebener Kündigung zu beseitigen. Die Begründung zum Versicherungsvertragsgesetz, vgl. *Gerhard, Hagen* u. A. S. 52, kann sich zur Rechtfertigung der Vorschrift des § 8 in erster Reihe auf den Vorgang der Hagelversicherung berufen.

Hartnäckiger ist um das beiderseitige Kündigungsrecht im Schadenfalle gekämpft worden,[21]) das nunmehr in § 113 VVG. gesetzlich festgelegt ist. Die Bedingungen der Aktiengesellschaften übernehmen in § 31 dieses Kündigungsrecht mit einer Frist von einer Woche nach der endgültigen Abschätzung des Schadens oder nach der Ablehnung einer Entschädigung. Die Gegenseitigkeitsvereine haben das Kündigungsrecht vielfach beseitigt, vgl. § 23 Abs. 7 der Norddeutschen; § 29 Abs. 4 der Schwedter; § 25 Abs. 4 der Ceres.

Die Begründung zu § 113 VVG., vgl. *Gerhard, Hagen* u. A. S. 454, beruft sich auf das Beispiel der Feuerversicherung, § 96 Abs. 1 VVG. Das gleiche Kündigungsrecht gilt gesetzlich, § 158 VVG., für die Haftpflichtversicherung. Bedingungsgemäß ist es, abgesehen von den der Feuerversicherung nachgebildeten Versicherungszweigen, für die Unfallversicherung eingeführt. Man wird von einem fast durchgehenden allgemeinen Grundsatz des Versicherungsvertragsrechts reden dürfen.

Der Hagelversicherung sind andere Fälle der Beendigung eines länger dauernden Vertrages eigentümlich, vgl. oben zu 5 a. E. über die Nicht-Einreichung des Jahresantrages und zu 9 über die Erhöhung der festen Prämie der Aktiengesellschaften. Ein ähnliches Kündigungsrecht kennen die Gegenseitigkeitsvereine im Falle einer

[19]) Vgl. für die Frage der Rechtzeitigkeit des Zugehens einer Kündigung OLG. Marienwerder, 22. 2. 95, Seuff. Arch. 51, 19 (Briefkasten am Kontor der Versicherungsgesellschaft oder Privatwohnung des Direktors; Dauer üblicher Geschäftsstunden). Für die früher vielfach vorgesehene Eigenhändigkeit des Kündigungsschreibens vgl. KG., 3. 10. 05. APV. IV, 89.

[20]) *Rohrbeck,* Zeitschrift 7, 69.

[21]) Vgl. *Rohrbeck*, Zeitschrift 7, 69; APV. 8, 156 ff. Die Mißlichkeiten, die damit vom Standpunkte der Gesellschaften aus verbunden sind, haben in der Hagelversicherung zu der Ausprägung eines eigenen Kunstausdrucks: Hagelpiraterie geführt.



Erhöhung der Vorprämie oder Grundprämie, vgl. § 23 Abs. 4 und 5 der Norddeutschen; § 29 Abs. 3 der Schwedter; §§ 10 und 25 Abs. 5 der Ceres. Mit Rücksicht auf die Festsetzung oder öffentliche Bekanntgabe der Höhe des Nachschusses hat hier auch das Datum des regelmäßigen Kündigungstermins eine gewisse Rolle gespielt, vgl. APV. 8, 107.

15. Besitzwechsel.

In § 27 der Bedingungen der Aktiengesellschaften ist die Rechtslage, wie sie sich aus § 69 ff., § 117 VVG. ergibt, übersichtlich zusammengestellt. Dem Versicherer ist hiernach insbesondere auch im Falle der Kündigung des Erwerbers der Anspruch auf die Prämie des laufenden Versicherungsjahres gewährleistet. Daß dieser Anspruch nicht durch bloßes Stillschweigen auf die Anzeige der Veräußerung und auf die Kündigung verloren geht, ist bei der jetzigen gesetzlichen Regelung nicht bedenklich und wurde auch schon nach früherem Recht angenommen, als man diesen Anspruch noch als Vertragstrafe aufzufassen geneigt war, vgl. OLG. Dresden, 17. 1. 11, APV. X, 112. Über die Anwendbarkeit des § 2163 ALR. II, 8 auf die Hagelversicherung vgl. RG. I, 9. 3. 95, Entsch. 35, 179.

§ 114 VVG. unterscheidet sich in seiner Fassung von § 69: Die erstere Vorschrift spricht von den „versicherten Bodenerzeugnissen", die letztere von der „versicherten Sache". *Rohrbeck*, Besitzwechsel in der Hagelversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 13, 438, führt aus, daß sich hieraus eine Einschränkung des § 69 ergebe, daß nämlich „als versicherte Sache in der Hagelversicherung die versicherten Bodenerzeugnisse allein zu gelten" hätten. Bei aller Anerkennung der scharfen Fassung, die gerade den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes zuteil geworden ist, ist und bleibt es immer gefährlich, aus der Änderung eines bloßen Wortes eine so weittragende Konsequenz abzuleiten. Die Begründung ergibt in ihrem Zusammenhange ganz klar, vgl. Abs. 4 zu § 114 bei *Gerhard, Hagen* u. A. S. 456, daß mit der Änderung der Wortfassung etwas ganz anderes gemeint ist. Man wollte die gesetzlichen Vorschriften über Besitzwechsel, § 69 flg., nicht etwa auf die Bodenerzeugnisse beschränken, sondern im Gegenteil den Hagelversicherungsschutz auf denjenigen ausdehnen, der von dem versicherten Eigentümer, Nutznießer, Pächter usw. des Grundstücks bestimmte einzelne Bodenerzeugnisse erwirbt, sei es vor, sei es nach ihrer Trennung vom Boden. Ob die Fassung des § 114 VVG. diesen Gedanken gerade sehr glücklich ausdrückt, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls ist die Absicht des Gesetzgebers in der Begründung mit dürren Worten ausgesprochen und nach meinem Dafürhalten jedem Mißverständnis entzogen. Nur darf man nicht einen einzelnen Satz aus dem Zusammenhang herausreißen und für sich betrachten.

Müßte man *Rohrbeck* folgen, so käme man in der Tat zu der oben zu 5) abgelehnten Konstruktion einer laufenden Versicherung, in deren Rahmen die einzelnen Jahresanträge lauter selbständige Versicherungsverhältnisse darzustellen hätten. Da man aber die Ein-

heitlichkeit auch eines mehrjährigen Hagelversicherungsvertrages füglich nicht wird aufopfern können, so geriete diese Konstruktion in einen so unerträglichen Widerspruch zu der praktischen Gestaltung des Lebens, daß sie schon um deswillen verworfen werden müßte.

Rohrbeck schreckt aber sogar vor einer noch weitergehenden Folgerung nicht zurück. Er vertritt den Standpunkt, daß, da das Gesetz unter dem Begriff „versicherte Sache“ die versicherten Bodenerzeugnisse verstehe, in der Zeit zwischen der Einerntung der alten und dem Beginn des versicherungsfähigen Aufwuchses der neuen Bodenerzeugnisse überhaupt keine versicherte Sache vorhanden und der Versicherer daher gesetzlich nicht verhindert sei, für diese Zeit, also im wesentlichen für die Zeit etwa von Mitte Oktober bis Anfang März andere Kündigungsbedingungen sich auszubedingen, als sie in den § 69 flg., 114 VVG. gedingend vorgeschrieben sind. Es erscheint handgreiflich, daß dieses Ergebnis mit dem Gesetz in Widerspruch gerät. Die Folgerung selbst fällt mit ihrem unhaltbaren Ausgangspunkt.

Eigentlicher Gegenstand der Versicherung ist das Grundstück, genauer, nach dem treffenden Ausdruck *Schneiders*, S. 353 seines Kommentars zum Versicherungsvertragsgesetz (München 1908): „die ungestörte Möglichkeit der Werbung“ der Früchte des Grundstücks. § 114 dehnt ausnahmsweise diesen Versicherungsschutz aus auf den Erwerber der Erzeugnisse. Schwierigkeiten werden sich hieraus nicht ergeben, da, vgl. *Schneider* a. a. O. S. 358, vom Erwerbe bis zum vertragsmäßigen Ende der Versicherung infolge des Einheimsens der Bodenerzeugnisse eine so kurze Spanne Versicherungszeit übrig bleibt, daß die gesetzliche Ausnahme in der Tat vielleicht nur geringe praktische Erheblichkeit besitzt.

Selbstverständlich ist hierbei, daß das Kündigungsrecht des Erwerbers der Bodenerzeugnisse sich immer nur auf diese ihm überlassenen Bodenerzeugnisse beziehen kann, nicht etwa auf den ganzen Versicherungsvertrag; hiermit erledigt sich wohl das von *Schneider* a. a. O. S. 359 erörterte Bedenken.

Daß die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrage beim Tode des Versicherungsnehmers „stillschweigend auf die Erben übergehen“, § 30, hätte als selbstverständlich füglich gestrichen werden sollen. Ein Kündigungsrecht der Erben ist nur vereinzelt vorgesehen, vgl. § 26 Abs. 5 der Bedingungen der Ceres.

Über die Rechtstellung des Zwangsverwalters gegenüber dem vom Eigentümer abgeschlossenen Versicherungsvertrage vgl. OLG. Marienwerder, 1. 7. 11 APV. XI, 75 und KG., 15. 1. 09, bei *Gerhard*, Praxis des Privatversicherungsrechts 3, 63.

16. Agenten.

Tiefer eindringende Betrachtung der Rechtstellung der Versicherungsagenten lehrt, daß der Umfang ihrer Befugnisse und ihrer Vertretungsmacht hinsichtlich des Versicherers nicht allgemein abgegrenzt werden kann, sondern je nach dem Versicherungszweige



wechselt, in welchem der Agent tätig ist.[22]) Richtig aufgefaßt geben also die Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes, § 43 ff., nicht eine unmittelbar anwendbare Norm, sondern lediglich ein Verzeichnis der sämtlichen in Betracht kommenden Einzelbefugnisse und es ist Sache jedes einzelnen Versicherungszweiges, in den Bedingungen und Agentenanweisungen davon dasjenige herauszusuchen, was für die besonderen Verhältnisse dieses Zweiges paßt. Die praktisch wichtigste Vorschrift ist deshalb § 47 VVG., welcher dem Versicherer eine Beschränkung der im Gesetz aufgezählten Befugnisse gestattet, vorausgesetzt, daß der Dritte die Beschränkung bei der Vornahme des Geschäfts oder der Rechtshandlung kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. Im Verhältnis zum Versicherungsnehmer sind die Versicherungsbedingungen der geeignete Ort, diese Beschränkungen festzulegen.

Auch hier bieten die Hagelversicherungsbedingungen manches Charakteristische und allgemein Wichtige. An die Spitze gestellt wird die aus dem Versicherungsvertragsgesetz, § 45, geläufige Unterscheidung zwischen Abschluß- und Vermittlungsagenten. Die ersteren werden Generalagenten genannt; hier erhält also der sonst mehr oder weniger bedeutungslose Titel einen rechtlichen greifbaren Inhalt. Unter dem bloßen Agenten wird lediglich der Vermittlungsagent verstanden.

Die Aufgabe und Vertretungsmacht dieses Vermittlungsagenten wird wesentlich beschränkt; namentlich wird ihm die Hauptfunktion des sonstigen Versicherungsagenten (§ 43 Nr. 1: Entgegennahme der Anträge auf Schließung, Verlängerung oder Veränderung eines Versicherungsvertrags sowie des Widerrufs solcher Anträge) entzogen. Desgleichen die Entgegennahme der in § 43 Nr. 2 aufgeführten Anzeigen und Erklärungen. In beiden Beziehungen ist nur die zuständige Generalagentur bevollmächtigt.[23]) Die letztgedachte Beschränkung kommt auch bei anderen Versicherungszweigen vor. In der ersteren Hinsicht scheint die Hagelversicherung eine völlige Sonderstellung einzunehmen.

An die Stelle der Befugnis zur Entgegennahme der Versicherungsanträge tritt etwas anderes, was in dieser Form in keiner anderen Bedingung vorkommt. § 33 Abs. 1 a der Bedingungen bestellt den Agenten ausdrücklich dazu, „dem Versicherungsnehmer auf seinen Wunsch bei der Aufstellung der Versicherungsanträge behilflich zu sein“. Durch diese Regelung erhält die vielerörterte Frage, inwieweit Verstöße des Versicherungsagenten bei der Aufstellung des Versicherungsantrages vom Versicherer vertreten werden müssen, sogar eine ausdrückliche Lösung zu Ungunsten des Versicherers; denn es ist gar nicht abzulehnen, daß derjenige, der den Agenten be-

---

[22]) Vgl. *Hagen* in Iherings Jahrbüchern 61, 229 ff.; 250.

[23]) Diese Zuständigkeit der Generalagentur zur Entgegennahme der Anträge und Erklärungen wird durchgehends in den Bedingungen scharf betont. Über den Grund dieser Regelung insbesondere hinsichtlich der Schadenanzeige vgl. *Krahe* in den Verhandlungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft vom Dezember 1903, Veröffentlichungen II, 270; APV. 8, 156.

dingungsmäßig ausdrücklich zur Beihilfe bei Aufstellung der Anträge bestellt, dem Versicherungsnehmer gegenüber die Verstöße vertreten muß, die der Agent bei Leistung der Hilfe sich zu Schulden kommen läßt, § 278 BGB. Praktisch bedeutet dies freilich keinen wesentlichen Unterschied gegenüber den sonstigen Versicherungszweigen. Die Beihilfe bei der Aufstellung der Versicherungsanträge ist untrennbar von der dem Agenten zugewiesenen Vermittlungstätigkeit und jede Verwahrung der Versicherungsgesellschaften gegen die Verantwortlichkeit für das, was hierbei gesündigt wird, ist eine protestatio factis contraria.[24]) Auf der anderen Seite darf man auch bei Anwendung der besonderen Vorschrift der Hagelversicherung den Versicherungsnehmer nicht allzuweit von der eigenen Verantwortlichkeit für den Inhalt seines Antrages entlasten. Es handelt sich immer nur um eine Beihilfe des Agenten. Diese darf nicht zu einer völligen Abwälzung der Verantwortlichkeit für den Inhalt des Antrages vom Versicherungsnehmer auf den Agenten ausarten. Der Versicherungsnehmer darf also dem Agenten nicht vollständig die Ausfüllung des Antrages überlassen; er muß seine Angaben und Erklärungen prüfen und berichtigen, soweit ihm dies nach Maßgabe seiner Kenntnisse und Fähigkeiten möglich ist.

Gerade für die Hagelversicherung, die es vielfach mit ungebildeten und des Lesens mehr oder weniger unkundigen Versicherungsnehmern zu tun haben wird, kann eine Entschuldigung des Versicherungsnehmers wegen Vertrauens in die höhere Sachkunde und Gewandtheit und in die Zuverlässigkeit des Agenten mehr in Betracht kommen als in anderen Fällen. Die Grundsätze, welche RG. VII, 26. 2. 07, Entsch. 66, 275 über die Berücksichtigung der Lesensunkenntnis des Versicherungsnehmers aufstellt, sind deshalb gerade für die Hagelversicherung von besonderer Bedeutung. Es ist hier mit Recht auf den Vertrauenscharakter des Agenten hingewiesen und demgemäß gegenüber einem lesensunkundigen Antragsteller in weitem Umfange für solche Verstöße gegen die Anzeigepflicht und Ähnliches, die auf das Verhalten des pflichtwidrig handelnden Agenten zurückzuführen sind, die Entschuldbarkeit zugelassen. Anders aber bei Personen, die lesen können: *„Für alle diejenigen, welche lesen können, besteht der Grundsatz, daß sie den Versicherungsantrag, dessen Inhalt für den Vertrag von maßgeblicher Bedeutung ist, abgeschen von gewissen Ausnahmen, nicht eher unterschrieben aus der Hand geben sollen, als bis sie durch eigenes Lesen sich von dessen Inhalt Kenntnis verschafft haben. Die Sicherheit des Verkehrs erfordert es unbedingt, daß solche Personen in der Regel mit dem Einwande, daß sie von den durch die Agenten bewirkten unrichtigen Eintragungen in den Versicherungsantrag nichts gewußt hätten, nicht gehört werden können.“* In dem bei *Gerhard,* Praxis des Privatversicherungsrechts 3, 149, abgedruckten Urteil des Kammergerichts vom 7. Dezember 1909 ist dieser Grundsatz für die Hagelversicherung bereits angewendet worden.

[24]) Vgl. *Hagen* a. a. O. S. 248.



17. Kollektiv- und Gemeindeversicherung.

Dies führt auf eine weitere Frage. Die Hagelversicherungsgesellschaften sind in immer weiterem Umfange dazu übergegangen, Kollektiv- oder Gemeindeversicherungen zuzulassen, d. h. zu gestatten, daß eine beliebige Anzahl kleinerer Landwirte desselben Orts einen gemeinschaftlichen Antrag stellen, auch nur einen Versicherungsschein erhalten und den notwendigen Verkehr mit der Versicherungsgesellschaft durch einen Vertrauensmann führen lassen kann, vgl. *Ehrlich* im Versicherungslexikon I, 526. Die Rechtsstellung dieses Vertrauensmannes kann zweifelhaft sein. Sie trägt deutliche Elemente des dem Versicherungsagenten eigenen Vermittlungscharakters in sich. Man könnte auch an eine Versicherung für fremde Rechnung denken, §§ 74 ff. VVG. Gegen den reinen Vertretungscharakter würde z. B. die eigene Haftbarkeit des Vertrauensmanns für die Prämien sprechen, wie sie in § 12 Abs. 2 der alten Bedingungen der Ceres, vgl. *Gerhard, Hagen* u. A. S. 464, vorgesehen war. Eine genauere Klarstellung des Verhältnisses in den Bedingungen oder in den Antrags- und sonstigen Formularen wird sich empfehlen, um nicht hier empfindliche und praktisch einschneidende Streitfragen auftauchen zu lassen. In den Bedingungen der Schwedter, § 13, wird der Vertrauensmann als Vertreter der Versicherungsnehmer hinsichtlich des Versicherungsverhältnisses bezeichnet. Dagegen läßt sich nichts erinnern. Wichtig ist, daß dann für Verschweigungen oder falsche Angaben beim Vertragsschlusse § 19 und § 2 Abs. 3 VVG. angewendet werden müssen.

Auch hier sehen wir, wie sich gerade aus den Verhältnissen der Hagelversicherung ein neuer praktisch wichtiger und grundsätzlich lehrreicher Anwendungsfall für einen allgemeinen Gedanken gewinnen läßt.

Über die technischen Rechnungen bei der Pensionsbemessung nach Gehaltsdurchschnitten.

Von Chefmathematiker Hans Parthier (Stuttgart).

Schon bei der gewöhnlichen Art der Pensionsbemessung, die die zu gewährende Jahresrente nach einer bestimmten Prozentsatzskala aus dem *zuletzt bezogenen Gehalt* ausdrückt, verursacht die Berücksichtigung der Gehaltssteigerungen bei der technischen Rechnung fast immer besondere Schwierigkeiten und macht die Einführung neuer, den vorliegenden Verhältnissen angepaßter Hilfsgrößen erforderlich.[1]) Das gilt noch viel mehr für solche — hie und da an-

[1]) Hierzu mag vor allem auf die lesenswerte Schrift von *Rosmanith:* »Die Lösung des Problems der Gehaltssteigerung in der Invalidenversicherung«, Leipzig und Wien 1911, verwiesen werden.



zutreffende — Pensionssysteme, bei denen die Pension auch nach einer bestimmten Skala, jedoch aus einem *Durchschnitt der sämtlichen Jahresgehalte* des einzelnen Mitgliedes berechnet wird. Die Berücksichtigung künftiger Zulagen bei der Festsetzung der Beiträge und bei der Bilanzierung ist freilich für die Pensionsbemessung nach dem letzten Gehalt von weit größerer Bedeutung, immerhin ist sie auch bei den hier zu betrachtenden Systemen eine Notwendigkeit, will man ein einigermaßen zutreffendes Urteil über die Leistungsfähigkeit der betreffenden Pensionseinrichtung erlangen. Überdies kann man erst nach mathematischer Erfassung der Einwirkung von Gehaltserhöhungen darüber präzise Aussagen machen, wie durch etwaige Abänderung der das System kennzeichnenden Größen dieser Einfluß zu vermindern ist.

Der grundlegende Unterschied zwischen der zweiten Art der Pensionsversorgung und dem üblichen Modus, nämlich die fortwährende Anrechnung der zurückliegenden Gehalte, gestattet die technische Bewertung der Pensionsleistungen ohne Berücksichtigung künftiger Steigerungen nach den bekannten Formeln nur dann, wenn auch keine Gehaltsänderung vorhergeht. Da dieser Fall meist nur bei einzelnen jüngeren Beamten vorliegen wird, kommt man in der Praxis mit den üblichen Formelentwicklungen nicht durch. Dabei würde jede einzelne Versicherung eine so zeitraubende Rechnung erfordern, daß man die genaue Bewertung bald aufgeben müßte. Die präzise Erfassung der Vorschriften derartiger Pensionsordnungen macht die Anwendung einer von besonderen Hilfsgrößen ausgehenden Rechnungsmethode notwendig.

Das Thema ist mehrfach und ausführlich im *Journal of the Institute of Actuaries* von *Manly, King, Thomas* u. a. behandelt worden. Diese Arbeiten beziehen sich auf einige in England übliche Formen der Pensionsberechnung, die sich zumeist als einfache Spezialfälle des hier behandelten allgemeinen Systems präsentieren, und setzen, nach *Manlys* Vorgang, für die Einrechnung der Gehaltssteigerungen das Vorhandensein einer nach dem erreichten Lebensalter abgestuften Gehaltsliste voraus. Da eine solche Skala bei kleineren Fonds mehr oder weniger willkürlich sein und nur rohe Annäherungen liefern wird, habe ich von ihr abgesehen. Die vorliegenden Ausführungen bezwecken die Bekanntgabe von Formeln und Hilfstabellen, die meines Erachtens praktische Verwendung finden können. Nach Herstellung der benötigten Hilfswerte ist die Rechnungsart recht einfach. Es kam mir besonders darauf an, die Formeln und Hilfszahlen in möglichst allgemein gültiger Weise aufzustellen — insbesondere sollten die Grundzahlen von den Pensionsprozentsätzen unabhängig sein — und dann auf Zusammenhänge und Beziehungen, die zu Spezialfällen führen, mit Darlegung der dabei eintretenden Formelvereinfachungen hinzuweisen.

Die Betrachtungen beziehen sich allgemein auf solche *Pensionsvorschriften,* die den Rentenanspruch nach einer gewissen Karenzzeit (m Jahre) mit einem bestimmten Prozentsatze (p) beginnen und



mit jedem weiteren Dienstjahr um einen einheitlichen Satz (p' %) steigen lassen und überdies stets auf den Jahresgehaltsdurchschnitt anrechnen, der sich aus den pensionsberechtigten oder versicherten Einkommen aller Jahre bei ein- oder mehrmaliger (α-maliger) Ansetzung der in der Karenzzeit bezogenen ergibt. Ein solches Pensionssystem wird festgelegt durch seine Kennzeichen a, m, p, p'. Bei größerer Bewertung der ersten m Jahresgehalte ($a > 1$) hat der aus ihnen entstehende Grundbetrag der Pension während der ganzen Versicherungszeit einen erhöhten Einfluß auf den jeweiligen Anspruch. Derartige Vorschriften sind nicht so fernliegend und können manches für sich haben. Jedenfalls besteht bei ihnen — feste Beitragsprozentsätze vorausgesetzt — immer ein gewisser Zusammenhang zwischen den entrichteten Beiträgen und der zu beziehenden Pension. Durch entsprechende Wahl der Kennzeichen können die Bestimmungen recht einfach gestaltet werden. Die vorliegenden Untersuchungen dürften daher vielleicht nicht nur theoretisches Interesse erwecken; ich selber wurde gerade durch einen praktischen Fall zu den grundlegenden Formelentwicklungen veranlaßt.

Der neueste Zweig unserer sozialen Zwangs-Versicherung bildet einen Spezialfall des beschriebenen Systems: die Rentenleistungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte können ebensowohl aus den im Laufe der Beitragszahlung „versicherten" Einkommen wie aus den entrichteten Beiträgen (§ 55 A.V.G.) ermittelt werden. Man hätte dazu nur die versicherten Einkommen der ersten 10 Jahre (Karenzzeit) — fortlaufende allmonatliche Beitragszahlung vorausgesetzt — zweimal und die späteren einfach zu rechnen und von dem daraus folgenden Gehaltsdurchschnitt nach einer Beitragszeit von k Jahren $(10 + k)$ % zu nehmen. Die Pensionsskala beginnt also hier nach 10jähriger Karenzzeit mit 20 % und steigt alljährlich um 1 %. In der Tat ist die Beitragsberechnung auf Grund dieser Skala für einen festen Gehalt erfolgt und der Berechnungsmodus des § 55 des Gesetzes erst nachträglich durch Vergleich der Pensionen mit den Beiträgen entstanden.[1]) Diese Verhältnisse sind genügend bekannt; ich will nur noch darauf hinweisen, daß man in den mathematischtechnischen Unterlagen zu dem Gesetz keine Untersuchung findet über den Einfluß, den die allmählichen Übergänge eines Versicherten von einer Gehaltsklasse in die andere auf den finanziellen Stand der Reichsversicherungsanstalt ausüben werden.[2]) Die versicherungstechnische Klarstellung dieser künftighin regelmäßigen Vorgänge wäre notwendig gewesen. Jedenfalls darf man nicht ohne weiteres annehmen, daß infolge der besonderen Berechnungsart der Pension, wonach die ersten 120 Monatsbeiträge gegenüber den späteren dop-

[1]) Denkschrift vom 11. Juli 1908, S. 34/35.

[2]) *Schönwiese* hat hierüber bei den Verhandlungen des Deutschen Vereins f. Vers.-Wiss. vom 15. Februar 1911, Heft XXIII der Veröff., einige Angaben gemacht. Über die etwas anders gearteten österr. Verhältnisse orientiert der Aufsatz von *Blaschke:* »Die Berücksichtigung der Gehaltssteigerungen bei der Bemessung der Anwartschaften nach dem Pensionsversicherungsgesetze für Angestellte«, Österr. Zeitschr. f. öff. u. priv. Versicherung, 2. Jg. 4. u. 5. Heft, 1911.

pelt bewertet werden, der Einfluß nur gering sein kann und durch die Abrundung des Beitrags mitgedeckt wird.[1]) Um Mißverständnissen vorzubeugen, will ich schon jetzt bemerken, daß die deutsche Angestelltenversicherung infolge eines bestimmten Verhältnisses ihrer Kennzahlen a, m, p, p' nicht zu den Pensionseinrichtungen gehört, für welche die unten entwickelte Rechnungsmethode bestimmt ist (vgl. Abschnitt V).

Bei der Aufstellung der Rechnungsformeln ergab sich als *Grundaufgabe,* die durch eine Gehaltserhöhung eintretende Mehrbelastung ohne Verquickung mit den vorher versicherten Einkommen zu ermitteln. Sodann waren die Richtlinien für die praktischen Rechnungen bei den beschriebenen Systemen anzugeben. Man wird bei Vornahme der technischen Prüfung eines privaten Pensionsfonds über den bis dahin erreichten Durchschnitt und den gegenwärtigen Gehalt genaue Angaben besitzen, im allgemeinen über die künftigen Veränderungen aber nur Annahmen machen können. Die Formelentwicklungen zeigen einmal, wie man mit Hilfe jener beiden festen Angaben die technische Bewertung der künftigen Versicherungsleistungen unter der Annahme eines von da an gleichbleibenden Gehalts ermitteln kann, und zum andern, welche Rechnungen über weitere Erhöhungen anzustellen sind. Es führt aber nicht allein die Frage späterer Gehaltsänderungen zu der besonderen Rechnungsmethode, da schon die Ermittlung der Anwartschaftsbarwerte auf Grund der gegenwärtigen und der Einkommen der verflossenen Dienstjahre im allgemeinen nach den bekannten Formeln nicht möglich ist. Z. B. hätte man bei gleichbleibendem Pensionsprozentsatz $(p' = o)$ zu beachten, daß die Höhe des Versorgungsanspruchs, je nach der Differenz zwischen dem laufenden Gehalt und dem erreichten bestimmungsgemäßen Durchschnitt, alljährlich um einen beständig abnehmenden Betrag steigt oder fällt.

I. Bezeichnung.

Es sei allgemein ${}_nG$ der Gehalt des $n$ten Dienst- oder Versicherungsjahrs und ${}_ng$ der bestimmungsgemäß bei der Pensionsberechnung nach n vollen Jahren zugrunde zu legende Durchschnitt der bezogenen Gehalte unter a-maliger Anrechnung derjenigen der ersten m Jahre, also das Mittel aus $(a-1)\,m+n$ Jahresgehalten, mithin

$$(1) \qquad {}_ng = \frac{a \cdot \sum_{k=1}^{m} {}_kG + \sum_{k=m+1}^{n} {}_kG}{(a-1)\,m+n}\,.$$

[1]) Es kommt allerdings hinzu, daß die amtliche Berechnung des Durchschnittsbeitrags von der Altersverteilung der nach der Berufsstatistik von 1895 vorhandenen Privatangestellten ausgegangen und dadurch zu einem Satz gelangt ist, der, sofern alle Annahmen zutreffen, für den sofort eintretenden Versicherungsstock gilt, für die künftigen, fast ausschließlich in den jüngeren Altern erfolgenden Zugänge aber zu hoch ist. Vgl. die Ausführungen von *Schönwiese* a. a. O. S. 36 und *Loewys* Artikel »Angestelltenversicherung« im Ergänzungsband zum Versicherungs-Lexikon von *Manes,* Tübingen 1913.



Die nach t Dienstjahren eintretende Gehaltserhöhung werde mit $_t\Delta$ bezeichnet, so daß die Gleichung gilt

$$(2) \qquad {}_t\Delta = {}_{t+1}G - {}_tG.$$

x sei stets das Alter zu Beginn der pensionsberechtigten Dienstzeit.

Den Wert der nach der Aktivitätstafel an die neuen Invaliden des Alters $x+n$ bis $x+n+1$ zu zahlenden Invalidenrenten vom Jahresbetrage 1 unter der üblichen Diskontierung auf das Alter 0 bezeichnen wir mit H_{x+n}. Die daraus zu bildenden Summenreihen sollen ihrer Folge entsprechend durch obere Indizes gekennzeichnet werden:

$$(3) \quad \Sigma H_{x+n} = {}^{I}H_{x+n}, \quad \Sigma\Sigma H_{x+n} = {}^{II}H_{x+n}, \quad \Sigma\Sigma\Sigma H_{x+n} = {}^{III}H_{x+n}.$$

Darnach würde der Anwartschaftsbarwert einer gewöhnlichen Invalidenrente 1 gegeben sein durch

$$a^{a:i}_{x+n} = \frac{{}^{I}H_{x+n}}{D^{aa}_{x+n}}.$$

Beispielsweise wäre nach den Grundlagen der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung

$$H_{x+n} = \overline{l^{aa}_{x+n}} \cdot \dot{i}_{x+n} \cdot v^{x+n+1/2} \cdot \mathrm{a}^{i\,(12)}_{x+n+1/2}.$$

Für den Barwert der Invalidenpensionsanwartschaft, die ein im Alter von x Jahren eingetretener Aktiver nach n Dienstjahren gemäß den besonderen Bestimmungen hat, setzen wir $_nA_x$.

Soweit von Beiträgen zur Pensionseinrichtung die Rede ist, soll angenommen werden, daß sie stets $\varepsilon\,^0/_0$ des pensionsberechtigten oder versicherten Einkommens betragen.

Die weiteren vereinfachenden Ausdrücke werden bei den Formelentwicklungen selbst erklärt.

II. Fester Pensionssatz.

Es soll zunächst der *einfachste Fall* der *reinen Invalidenversorgung* mit $p' = 0$ behandelt werden, der in der Praxis allerdings seltener vorkommen dürfte. Die hierher gehörigen Entwicklungen sind jedoch für die ganze Rechnungsmethode grundleglich. Die Pension soll nach Ablauf der m jährigen Karenzzeit stets $p\,^0/_0$ des Gehaltsdurchschnitts betragen, der sich ergibt, wenn man die m Jahresgehalte der Karenzzeit α-mal und die späteren einfach rechnet.

Wir wollen für alle Entwicklungen wie üblich annehmen, daß bei der Festsetzung der Pension nur die vollendeten Dienstjahre berücksichtigt werden, und zwar sowohl hinsichtlich des Gehaltsdurchschnitts als auch des Pensionsprozentsatzes.

1. Wenn die Gehalte der einzelnen Dienstjahre im voraus bekannt sind, könnte der Barwert der Anwartschaft auf Invalidenrente zu Beginn der Versicherung berechnet werden nach:

$$
{}_0A_x = \frac{p}{100 \cdot D_x^{aa}} \left(\frac{\sum_{n=1}^{m} {}_nG}{m} \cdot H_{x+m} + \frac{a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nG + {}_{m+1}G}{am+1} \cdot H_{x+m+1} \right.
$$

$$
+ \frac{a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nG + {}_{m+1}G + {}_{m+2}G}{am+2} \cdot H_{x+m+2}
$$

$$
\left. + \ldots\ldots + \frac{a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nG + \sum_{n=1}^{k} {}_{m+n}G}{am+k} \cdot H_{x+m+k} + \ldots \right)
$$

oder in abgekürzter Bezeichnung

$$
(4) \qquad {}_0A_x = \frac{p}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \sum_{n=m} {}_ng \cdot H_{x+n}.
$$

Dieser Ausdruck gilt für jede Art des Verlaufs der Gehaltszahlungen; bei konstantem Gehalt geht er über in die bekannte Formel

$$
(5) \qquad {}_0A_x = \frac{p \cdot G}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot {}^IH_{x+m}.
$$

Sobald eine *Gehaltsänderung* eintritt, werden alle folgenden ${}_ng$ verschieden, so daß dann die Formel (4) wegen der festen Verbindung der einzelnen Gehaltsdurchschnitte mit den Grundzahlen H für größere praktische Rechnungen nicht verwendbar ist. Man wird sich ihrer nur bei Einzelrechnungen bedienen, wo die Herstellung der nach den unten entwickelten Ausdrücken benötigten Hilfszahlenreihen sich nicht lohnt. Für die Umgestaltung der Formel unter Eliminierung der ${}_ng$ gibt es keinen andern Weg, als zunächst den Einfluß jeder einzelnen Gehaltserhöhung — der Einfachheit halber wollen wir nur von solchen sprechen, obwohl für Verminderungen das Gleiche gilt nur mit entgegengesetzter Wirkung — besonders zu berechnen.

Wenn der bei Ablauf der Karenzzeit erreichte Gehaltsdurchschnitt ${}_mg$ angegeben werden kann, wird man sich am besten darauf stützen und den dadurch begründeten Barwert ansetzen als

$$
(6) \qquad {}_0A_x^m = \frac{p \cdot {}_mg}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot {}^IH_{x+m}.
$$

Selbst bei Vernachlässigung späterer Gehaltssteigerungen bedarf dieser Wert einer Ergänzung, sofern nicht der Gehalt des $(m+1)$ten

Jahres mit ${}_{m}g$ übereinstimmt. Die Differenz ${}_{m+1}G - {}_{m}g$ können wir als eine nach m Jahren einsetzende Erhöhung ansehen, deren technische Bewertung zu erläutern ist.

Wir stellen allgemein über *Gehaltserhöhungen,* die nach Ablauf der Karenzzeit eintreten, folgende Überlegungen an:

im Alter	Wird nach t Dienstjahren die Erhöhung ${}_{t}\Delta$ gewährt, und bleibt dann der Gehalt ${}_{t+1}G$ fest,	Erfolgt keine Zulage, wird also immer nur der Gehalt ${}_{t}G$ bezogen,
	so ist im Falle der Pensionierung als Gehaltsdurchschnitt zugrunde zu legen	
$x+t$ bis $x+t+1$	${}_{t}g = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\}}{(a-1)\,m+t}$	${}_{t}g' = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\}}{(a-1)\,m+t}$
$x+t+1$ bis $x+t+2$	${}_{t+1}g = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\} + {}_{t+1}G}{(a-1)\,m+t+1}$	${}_{t+1}g' = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\} + {}_{t}G}{(a-1)\,m+t+1}$
. . .	. . .	. . .
$x+t+k$ bis $x+t+k+1$	${}_{t+k}g = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\} + {}_{t+1}G \cdot k}{(a-1)\,m+t+k}$	${}_{t+k}g' = \frac{{}_{t}g \cdot \{(a-1)\,m+t\} + {}_{t}G \cdot k}{(a-1)\,m+t+k}$.

Für $t \geqq m$ liefert die Subtraktion der beiden Gleichungen (4), die man nach Einführung der vorstehenden Werte ${}_{t+k}g$ und ${}_{t+k}g'$ erhält, den auf den Beginn der Versicherung bezogenen Wert der Anwartschaftserhöhung, die durch die Zulage ${}_{t}\Delta$ eintritt. Dabei sind ${}_{t+k}g$ und ${}_{t+k}g'$ für $k < 0$ identisch, während nach obigem

$${}_{t+1}g - {}_{t+1}g' = \frac{{}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+1},$$

$${}_{t+2}g - {}_{t+2}g' = \frac{2 \cdot {}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+2},$$

allgemein ($k > 0$)

$${}_{t+k}g - {}_{t+k}g' = \frac{k \cdot {}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+k}$$

ist.

Der gesuchte Barwert wird also gegeben durch

$${}_{0}A_{x}^{{}_{t}\Delta} = \frac{p}{100 \cdot D_{x}^{aa}} \left(\frac{{}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+1} \cdot H_{x+t+1} + \frac{2 \cdot {}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+2} \cdot H_{x+t+2} + \ldots\ldots + \frac{k \cdot {}_{t}\Delta}{(a-1)\,m+t+k} \cdot H_{x+t+k} + \ldots \right)$$

$$(7^*) \qquad = \frac{p \cdot {}_{t}\Delta}{100 \cdot D_{x}^{aa}} \cdot \sum_{k=1} \Sigma \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m+t+k}.$$

Die unter den Summenzeichen auftretenden Glieder sind außer vom Eintrittsalter und den Kennzeichen a, m nur noch von der laufenden Dienstdauer abhängig, nicht aber auch von dem Zeitpunkt (Dauer t), in dem die Gehaltserhöhung eintritt, wodurch ihre praktische Verwendbarkeit gesichert ist. Wir wollen sie als neue *Hilfsgrößen* einführen und zur Abkürzung setzen

$$\frac{H_{x+n}}{(a-1)\,m+n} = {}_nQ_x^{a,m}, \tag{8}$$

sowie entsprechend (3)

$$\Sigma\,{}_nQ_x^{a,m} = {}_n^IQ_x^{a,m},\quad \Sigma\Sigma\,{}_nQ_x^{a,m} = {}_n^{II}Q_x^{a,m} \text{ usw.} \tag{9}$$

Dann erhält der betrachtete Anwartschaftsbarwert die Form

$$ {}_0A_x^{t\Delta} = \frac{p\cdot{}_t\Delta}{100\cdot D_x^{aa}}\cdot{}_{t+1}^{II}Q_x^{a,m}. \tag{7}$$

Die zu (6) wegen

$$ {}_{m+1}G - {}_mg = {}_m\Delta' \tag{10}$$

notwendige Ergänzung beträgt mithin

$$ {}_0A_x^{m\Delta'} = \frac{p}{100\cdot D_x^{aa}}\cdot({}_{m+1}G - {}_mg)\cdot{}_{m+1}^{II}Q_x^{a,m}. \tag{11}$$

Bei einigen im voraus feststehenden Gehaltssteigerungen nach $t_1, t_2, t_3, \ldots$ Dienstjahren (alle $t > m$) wäre der gesamte Barwert der Versicherung zu ermitteln aus

$$\begin{aligned} {}_0A_x &= {}_0A_x^m + {}_0A_x^{m\Delta'} + {}_0A_x^{t_1\Delta} + {}_0A_x^{t_2\Delta} + {}_0A_x^{t_3\Delta} + \ldots\ldots\ldots \\ &= \frac{p}{100\cdot D_x^{aa}}\Big[{}_mg\cdot{}^IH_{x+m} + ({}_{m+1}G - {}_mg)\cdot{}_{m+1}^{II}Q_x^{a,m} \\ &\quad + {}_{t_1}\Delta\cdot{}_{t_1+1}^{II}Q_x^{a,m} + {}_{t_2}\Delta\cdot{}_{t_2+1}^{II}Q_x^{a,m} + {}_{t_3}\Delta\cdot{}_{t_3+1}^{II}Q_x^{a,m} + \ldots\Big]. \end{aligned} \tag{12}$$

Die Hilfszahlen ${}_nQ_x^{a,m}$ und ihre Summenreihen können für bestimmte x und sämtliche n leicht tabellenmäßig aus den gegebenen H_{x+n} hergestellt werden. Nach dieser Auswertung gestaltet sich die praktische Anwendung der Formel (12) sehr einfach: sie wäre endgültig an die Stelle von (4) zu setzen.

Es bedarf noch der Erwähnung, daß die oben definierten Größen ${}_nQ_x^{a,m}$ nicht allein für die Ordnung (a, m) und das Eintrittsalter x gelten, sondern *auch für ein beliebiges andres System* (a_1, m_1) *Verwendung finden können,* wenn man die Indizes x und n in be-

stimmter, entgegengesetzter Weise abändert. Da ${}_nQ_x^{a,m} = \frac{H_{x+n}}{(a-1)m+n}$ ist, wird es für gewöhnlich nur dann auch gleich $\frac{H_{x_1+n_1}}{(a_1-1)m_1+n_1}$ sein, wenn $x_1 = x + (a_1 - 1)m_1 - (a-1)m$ und $n_1 = n - (a_1 - 1)m_1 + (a-1)m$ gesetzt wird. Sonach gilt allgemein

$$(13) \qquad {}_nQ_x^{a,m} = {}_{n-(a_1-1)m_1+(a-1)m}Q^{a_1,m_1}_{x+(a_1-1)m_1-(a-1)m}.$$

Das bedeutet die Zulässigkeit, die einmal tabellarisch ausgerechneten Werte ${}_nQ_x^{a,m}$ und deren Summen auf jedes beliebige Pensionssystem (a_1, m_1) anzuwenden, wobei die Eintrittsalter entsprechend zu verändern sind, und zwar in konstanter Weise für das ganze System, sonst aber die Werte für die gleichen erreichten Alter zu gelten haben; es hat mithin kolonnenweise eine Verschiebung der betrachteten Hilfsgrößen stattzufinden. Für die allgemeine praktische Verwendbarkeit der einmal hergestellten Grundtabellen sind diese Beziehungen von wesentlicher Bedeutung. Um die Formeln übersichtlicher zu gestalten, wollen wir nach diesen Feststellungen die *oberen Indizes a, m weglassen;* man wird sich aber immer darüber klar bleiben müssen, welche Grundzahlen von diesen beiden Kennzeichen abhängen.

2. Bei *privaten Pensionseinrichtungen* fehlt in der Regel jegliche Gehaltsnorm. Die *versicherungstechnische Prüfung* solcher Fonds ist dann auf die Angaben über die gegenwärtigen und die vom einzelnen Mitglied in früheren Jahren bezogenen pensionsberechtigten Gehalte angewiesen. Man kennt also den erreichten Durchschnitt und seine durch den jetzigen Gehalt in Zukunft eintretende Steigerung. Die durch künftige Erhöhungen verursachten Mehrbelastungen sollen zuweilen durch außerordentliche, einmalige Beiträge gedeckt werden, über die auf Grund von Annahmen besondere Beispielsrechnungen anzustellen wären. Finden einmalige Zuwendungen bei Gehaltserhöhungen nicht statt, so könnte man daran denken, bei der Bewertung der künftigen Beiträge den Einheitssatz so zu ermäßigen, daß die Differenz ungefähr die entstehende Mehrbelastung deckt. Auch hierüber müßten Beispielsrechnungen vorgenommen werden. Bei der vorausgesetzten Pensionsbemessung nach Gehaltsdurchschnitten erfordert die Berücksichtigung weiterer Gehaltserhöhungen meistens nur einen geringen Mehrbeitrag.

Zu einer hinreichend genauen *Bewertung der künftigen Gehaltssteigerungen* bei den Bilanzrechnungen — wenn das notwendig wird — kann man dadurch gelangen, daß man, wie schon von *Dizler*[1]) empfohlen wurde, eine alljährliche, gleichbleibende Erhöhung annimmt. Dabei wird man sich über die einzelnen Kassenmitglieder

[1]) »Beiträge zum Pensionskassenwesen. Über Pensionen, die mit dem Gehalte und dem Dienstalter steigen«, *Ehrenzweigs* Assekuranz-Jahrbuch Jg. 31.

orientieren, vielleicht eine Gruppenbildung vornehmen und dann nach dem wahrscheinlichen Höchstgehalt und der Zeit, in welcher dieses Maximum voraussichtlich erreicht wird, die Jahreszulage für das einzelne Mitglied bestimmen müssen. Dieses Verfahren ist auch dort zu empfehlen, wo Gehaltsskalen mit einer größeren Anzahl von Steigerungen, die zudem nicht alle gleich sind, vorliegen. Die dadurch zu erreichende Abkürzung des Rechnungsverfahrens ist aus der Formelentwicklung unter *3.* zu ersehen.

Immer muß bei den *Bilanzrechnungen* neben dem erreichten Gehaltsdurchschnitt auch das gegenwärtige Einkommen berücksichtigt werden, so daß für zurückgelegte $n > m$ Dienstjahre der Barwert der künftigen Invalidenpension ohne Beachtung späterer Erhöhungen nach der Formel

$$(14a) \qquad {}_nA_x = \frac{p}{100 \cdot D^{aa}_{x+n}} \cdot \left[{}_ng \cdot {}^IH_{x+n} + \left({}_{n+1}G - {}_ng\right) \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x \right]$$

zu berechnen ist.[1])

Innerhalb der Karenzzeit wäre zunächst ${}_mg$, also der Durchschnitt, der bei Ablauf der Karenzzeit unter fortdauernder Anrechnung des gegenwärtigen Gehalts erreicht wird, zu ermitteln nach dem Ansatz

$$(15) \qquad {}_mg = \frac{{}_ng \cdot n + {}_{n+1}G \cdot (m - n)}{m}$$

und dann als Belastungsbarwert einzustellen

$$(14b) \qquad {}_nA_x = \frac{p}{100 \cdot D^{aa}_{x+n}} \left[{}_mg \cdot {}^IH_{x+m} + \left({}_{n+1}G - {}_mg\right) \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x \right].$$

Wenn *bei jeder Gehaltserhöhung* für die ungedeckte Kassenbelastung ein *einmaliger Zuschuß* geleistet werden soll, wird es notwendig, die Differenz zwischen der Erhöhung des Belastungsbarwerts und dem Mehrwert der künftigen Beiträge, die beide eine Wirkung der Zulage sind, festzustellen. Der Zuwachs des Barwerts der versprochenen Leistungen im Augenblick der Zulage ${}_t\Delta$ ist offenbar [entsprechend (7)] für $t > m$

$$(16a) \qquad {}_tA_x^{t\Delta} = \frac{p \cdot {}_t\Delta}{100 \cdot D^{aa}_{x+t}} \cdot {}_{t+1}^{II}Q_x.$$

[1]) Aus den Entwicklungen unter *1.* läßt sich auch leicht die Form

$${}_nA_x = \frac{p}{100 \cdot D^{aa}_{x+n}} \cdot \left[\left(\alpha \cdot \sum_{k=1}^{m} {}_kG + \sum_{k=m+1}^{n} {}_kG \right) \cdot {}_n^IQ_x + {}_{n+1}G \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x \right]$$

ableiten, die jedoch keinen Vorteil bringt. Die obige Darstellung erscheint konsequenter.

Erfolgt die Erhöhung in der Karenzzeit, so ist von den Formeln (6) und (11) auszugehen und zu beachten, daß die Zulage ${}_t\Delta$ eine Veränderung von ${}_m g$ und ${}_{m+1}G$ nach sich zieht; wegen

$$ {}_m g - {}_m g' = \frac{(m-t)\cdot {}_t\Delta}{m} \quad \text{und} \quad {}_{m+1}G - {}_{m+1}G' = {}_t\Delta $$

ergibt sich der Ausdruck

$$ (16\,\mathrm{b}) \qquad {}_t A_x^{t\Delta} = \frac{p\cdot {}_t\Delta}{100\cdot D_{x+t}^{aa}} \cdot \left(\frac{m-t}{m}\cdot {}^I H_{x+m} + \frac{t}{m}\cdot {}_{m+1}^{II}Q_x\right). $$

Die in der Klammer stehende Summe wäre nötigenfalls leicht mechanisch für die einzelnen bei der Rechnung verwendeten x und sämtliche $t = 1$ bis $m-1$ herzustellen; zur Abkürzung könnten wir diese Hilfszahlen mit

$$ (17) \qquad {}_t R_x = \left\{(m-t)\cdot {}^I H_{x+m} + t\cdot {}_{m+1}^{II}Q_x\right\}\cdot \frac{1}{m} $$

bezeichnen, wodurch sich (16b) vereinfachen würde in

$$ (18) \qquad {}_t A_x^{t\Delta} = \frac{p\cdot {}_t\Delta}{100\cdot D_{x+t}^{aa}}\cdot {}_t R_x . $$

3. Sollen die künftigen Gehaltssteigerungen bei der Bilanzaufstellung eingerechnet werden, so gelangt man durch die Annahme eines *gleichbleibenden jährlichen Zuwachses* Δ_ν für ν Jahre — im allgemeinen werden beide Größen variabel sein — zu dem Ergänzungsbarwert

$$ (19\,\mathrm{a}) \qquad \underset{(n \geqq m)}{{}_n A_x^{\Delta_\nu}} = \frac{p\cdot \Delta_\nu}{100\cdot D_{x+n}^{aa}}\left({}_{n+2}^{II}Q_x + {}_{n+3}^{II}Q_x + \ldots + {}_{n+\nu+1}^{II}Q_x\right) $$
$$ = \frac{p\cdot \Delta_\nu}{100\cdot D_{x+n}^{aa}}\left({}_{n+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right). $$

Die gesamte Anwartschaft stellt sich dann auf

$$ (20\,\mathrm{a}) \qquad \underset{(n \geqq m)}{{}_n A_x^{st}} = \frac{p}{100\cdot D_{x+n}^{aa}}\cdot\Big[{}_n g\cdot {}^I H_{x+n} + \left({}_{n+1}G - {}_n g\right)\cdot {}_{n+1}^{II}Q_x $$
$$ + \Delta_\nu\cdot\left({}_{n+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right)\Big]. $$

Sofern noch nicht m Mitgliedsjahre vollendet sind, ist auf (16b) zurückzugreifen und daraus für die alljährliche Steigerung der Ausdruck

$$(19\text{b})\quad {}_nA_x^{\Delta_\nu} = \frac{p \cdot \Delta_\nu}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \left(\left\{(m-n) - \frac{(m-n)(m+n+1)}{2m}\right\} \cdot {}^{I}H_{x+m} + \frac{(m-n)(m+n+1)}{2m} \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + {}_{m+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right)$$

zusammenzusetzen.

Nach Einführung der weiteren Bezeichnung

$$(21)\quad {}_nS_x = \left\{(m-n) - \frac{(m-n)(m+n+1)}{2m}\right\} \cdot {}^{I}H_{x+m} + \frac{(m-n)(m+n+1)}{2m} \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x$$

erhält (19b) die Form

$$(22)\quad {}_nA_x^{\Delta_\nu} = \frac{p \cdot \Delta_\nu}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \left({}_nS_x + {}_{m+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right).$$

Die vorstehende Formel kann umgangen werden, wenn — wie wohl meistens — die Kenntnis des Gesamtbarwerts genügt. Es wird zunächst ${}_mg$ ermittelt:

$$(23)\quad {}_mg = \frac{{}_ng \cdot n + {}_{n+1}G \cdot (m-n) + \Delta_\nu \cdot \frac{(m-n)(m-n-1)}{2}}{m},$$

was bei den kleinen Werten von n und m leicht auszuführen ist. Von diesem Durchschnitt und dem Gehalt ${}_{m+1}G$ gehen wir aus, haben weitere $\nu + n - m$ Steigerungen in der Folge zu berücksichtigen und gelangen dadurch für den Wert des gesamten Pensionsanspruchs zur Formel

$$(20\text{b})\quad {}_nA_x^{st} = \frac{p}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \left[{}_mg \cdot {}^{I}H_{x+m} + \left({}_{m+1}G - {}_mg\right) \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + \Delta_\nu \cdot \left({}_{m+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right)\right].$$

Für den Betrag, um welchen der bei der alljährlichen Steigerung Δ_ν nach Ablauf der Karenzzeit (im Dienstjahre $m+1$) erreichte Gehalt den gleichzeitig geltenden Durchschnitt der verflossenen m Jahre übersteigt, setzen wir noch ${}_m\delta$, also

$$(24)\quad {}_m\delta = {}_{m+1}G - {}_mg = {}_{n+1}G + \Delta_\nu \cdot (m-n) - {}_mg$$
$$= \left({}_{n+1}G - {}_ng\right) \cdot \frac{n}{m} + \Delta_\nu \cdot \frac{(m-n)(m+n+1)}{2m},$$



so daß sich (20b) zu dem endgültigen Ausdruck

$$(25)\qquad {}_nA_x^{st} = \frac{p}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[{}_mg \cdot {}^I H_{x+m} + {}_m\delta \cdot {}_{m+1}^{\;II}Q_x + \Delta_\nu \cdot \left({}_{m+2}^{\;III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{\;III}Q_x \right) \Big]$$

vereinfacht. Bei $n = 0$ liefert diese Formel den Barwert, der zu Beginn der Versicherung für die gesamte Anwartschaft mit Einrechnung der regelmäßigen Steigerung Δ_ν auf ν Jahre gilt.

Die eben entwickelten Ausdrücke können für die praktische Rechnung durchaus befriedigen, sie führen verhältnismäßig leicht zu der gesuchten Fondsbelastung, jedenfalls weit schneller, als wenn eine Anzahl unregelmäßiger Zulagen einzeln, analog (16a) und (16b) oder (18), zu berechnen wären. Derartige Annahmen ermöglichen es demnach, die künftigen Gehaltsänderungen bei Ermittlung des benötigten festen Beitragssatzes und bei den Bilanzrechnungen zu berücksichtigen. Dann können nur noch durch außergewöhnliche Gehaltsregulierungen besondere Zuschüsse an den Fonds notwendig werden.

Die in diesem Abschnitt dargelegte *Rechnungsmethode* zeigt deutlich, daß nach Einführung der besonderen Hilfsgrößen die Formeln und praktischen Rechnungen sich recht einfach gestalten, und daß somit eine genaue technische Erfassung der Bestimmungen auch bei der Pensionsbemessung nach Gehaltsdurchschnitten möglich ist. In der Praxis halte ich eine *Zusammenfassung der Eintrittsalter zu Gruppen* für ausreichend, derart, daß nur je für das mittlere Alter der Gruppe die Grundtabelle benötigt wird. Da in dieser lediglich die Hilfszahl ${}_nQ_x$ einige Arbeit verursacht, die übrigen Spalten dagegen nur Aufsummierungen sind (die Werte R und S bleiben außer Betracht), so ist das ganze erforderliche Tabellenwerk in kurzer Zeit herzustellen.

Aus der Entwicklung der Grundformel (7) geht unmittelbar hervor, daß der *Spezialfall* $a = 1$ (einfacher Gehaltsdurchschnitt maßgebend) zu keiner weiteren Vereinfachung führt. Auf Grund der Beziehung (13)

$${}_nQ_x^{a,m} = {}_{n+(a-1)m}Q_{x-(a-1)m}^{1,m_1}$$

sind die einmal berechneten Tabellen auch für $a = 1$ und *jede beliebige Karenzzeit* verwendbar, wenn man die Eintrittsalter um $(a-1) \cdot m$ herabsetzt. Man könnte natürlich auch von den

$${}_{n_1}Q_{x_1}^1 = \frac{H_{x_1+n_1}}{n_1}$$

ausgehen, ohne indessen irgendeine Erleichterung dadurch zu haben. Es wurde daher an der allgemeineren Annahme der a-fachen Anrechnung der ersten m Dienstjahre festgehalten, wenngleich der Fall $a > 1$ ungewöhnlich erscheint.

III. Steigender Pensionssatz.

1. Bei dem *allgemeineren Fall*, daß der Pensionssatz von $p^0/_0$ nach Ablauf der Karenzzeit mit jedem weiteren Dienstjahr um p' steigt, könnte für eine einzelne Versicherung der Barwert der Anwartschaft für den Zeitpunkt des Eintritts berechnet werden nach der Formel

$$(26)\qquad {}_0A_x = \frac{1}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(p \cdot \sum_{n=m} {}_ng \cdot H_{x+n} + p' \cdot \sum_{n=m+1}\sum {}_ng \cdot H_{x+n}\right),$$

wenn wir der Einfachheit halber von einem Aufhören der Steigerung des Pensionssatzes absehen. Um zu einer für größere Rechnungen geeigneten Formel zu gelangen, müssen wir wieder auf den durch eine einzelne Gehaltserhöhung bedingten Zuwachs des fraglichen Barwerts abstellen.

Jedenfalls ergibt der Anfangsgehalt ${}_1G$ eine Belastung von

$$(27)\qquad {}_0A_x^1 = \frac{{}_1G}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(p \cdot {}^IH_{x+m} + p' \cdot {}^{II}H_{x+m+1}\right),$$

oder der auf den Ablauf der Karenzzeit zu berechnende Durchschnitt ${}_mg$ begründet den Barwert

$$(28)\qquad {}_0A_x^m = \frac{{}_mg}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(p \cdot {}^IH_{x+m} + p' \cdot {}^{II}H_{x+m+1}\right).$$

Für spätere Gehaltserhöhungen ($t \geq m$) erhalten wir die entsprechende Belastung, auf den Beginn der Versicherung berechnet, durch Subtraktion der beiden Gleichungen (26), die sich nach Einsetzen der mit und der ohne Erhöhung geltenden Durchschnitte (vgl. II, 1) ergeben.

Diese Operation liefert:

$$(29^*)\qquad {}_0A_x^{t\Delta} = \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(\left\{p + p' \cdot (t-m)\right\} \cdot \sum_{k=1}\sum \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k} + p' \cdot \sum_{k=1}\sum k \cdot \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k}\right).$$

Unter den Summenzeichen stehen wieder die Werte ${}_nQ_x$; weiter ist bekanntlich

$$\sum_{k=1}\sum k \cdot {}_{t+k}Q_x = \sum_{k=1} k^2 \cdot {}_{t+k}Q_x = \sum_{n=0}\sum_{k=1} k \cdot {}_{t+k+n}Q_x$$
$$+ \sum_{n=1}\sum_{k=1} k \cdot {}_{t+k+n}Q_x = \sum\sum\sum_{t+1} Q_x + \sum\sum\sum_{t+2} Q_x .$$

Nehmen wir daher die neue *Hilfsgröße*

$$(30)\qquad {}_nT_x = {}^{III}_{\;\;n}Q_x + {}^{III}_{n+1}Q_x = \sum_{k=1}\sum k \cdot \frac{H_{x+n-1+k}}{(a-1)\,m + n - 1 + k}$$



an, so erhält unsere Formel die Fassung:

$$(29)\quad {}_0A_x^{t\Delta} = \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(\{p + p' \cdot (t - m)\} \cdot {}_{t+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{t+1}T_x\right).$$

Die Differenz ${}_{m+1}G - {}_mg$ bedingt dann eine Ergänzung zu (28) in Höhe von

$$(31)\quad {}_0A_x^{m\Delta'} = \frac{{}_{m+1}G - {}_mg}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(p \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{m+1}T_x\right).$$

Somit würde die Kenntnis der einzelnen künftigen Gehaltserhöhungen gestatten, den Barwert der ganzen Versicherung auf Grund der vorstehenden Ausdrücke entsprechend (12) zu berechnen.

2. Bei *Fondsprüfungen* ist nach Zurücklegung der Karenzzeit wieder von dem erreichten bestimmungsgemäßen Durchschnitt auszugehen und der Mehrbetrag des gegenwärtigen Gehalts als sofortige Zulage anzusehen. Der Barwert des künftigen Pensionsanspruchs wird demnach leicht kombiniert zu

$$(32a)\quad {}_nA_x = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[{}_ng \cdot \left(\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot {}^IH_{x+n} + p' \cdot {}^{II}H_{x+n+1}\right)$$
$$+ \left({}_{n+1}G - {}_ng\right) \cdot \left(\{p + p'(n-m)\} \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{n+1}T_x\right)\Big].$$

Für alle noch in der Karenzzeit laufenden Versicherungen wäre zunächst ${}_mg$ auf Grund von (15) auszuwerten und darauf folgende Formel anzuwenden

$$(32b)\quad {}_nA_x = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[{}_mg \cdot \left(p \cdot {}^IH_{x+m} + p' \cdot {}^{II}H_{x+m+1}\right)$$
$$+ \left({}_{n+1}G - {}_mg\right) \cdot \left(p \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{m+1}T_x\right)\Big].$$

Die durch eine Gehaltssteigerung verursachte Erhöhung des Anwartschaftsbarwerts können wir für $t > m$ entsprechend (29) sofort angeben:

$$(33a)\quad {}_tA_x^{t\Delta} = \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_{x+t}^{aa}} \cdot \left(\{p + p' \cdot (t-m)\} \cdot {}_{t+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{t+1}T_x\right).$$

Für $t < m$ erhält man analog (16b)

$$(33b)\quad {}_tA_x^{t\Delta} = \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_{x+t}^{aa}} \cdot \Big[\frac{m-t}{m} \cdot \left(p \cdot {}^IH_{x+m} + p' \cdot {}^{II}H_{x+m+1}\right)$$
$$+ \frac{t}{m} \cdot \left(p \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{m+1}T_x\right)\Big].$$

Im allgemeinen wird gleichzeitig eine Erhöhung des Beitrags einsetzen, um deren Wert die Größe ${}_t A_x^{t\Delta}$ zu kürzen wäre.

3. Es bleibt jetzt noch der Fall einer *alljährlichen Steigerung* Δ_ν in ν Jahren kurz zu behandeln.

Sei zunächst $n > m$, so verursachen die Steigerungen, deren erste nach einem Jahr eintritt, eine Mehrbelastung, die nach der Formel (33a) zusammengesetzt werden kann zu

$$(34^*)\quad {}_n A_x^{\Delta_\nu} = \frac{\Delta_\nu}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot \big({}_{n+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\big)$$

$$+ p' \cdot \big({}_{n+2}^{IV}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{IV}Q_x - \nu \cdot {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x + {}_{n+2}^{I}T_x - {}_{n+\nu+2}^{I}T_x\big)\Big].$$

Für die praktische Anwendung ist es zweckmäßig, als neue *Hilfsgröße*

$$(35)\qquad {}_nU_x = {}_n^{IV}Q_x + {}_n^{I}T_x$$

anzunehmen, so daß sich ergibt:

$$(34)\quad {}_n A_x^{\Delta_\nu} = \frac{\Delta_\nu}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot \big({}_{n+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\big)$$

$$+ p' \cdot \big({}_{n+2}U_x - {}_{n+\nu+2}U_x - \nu \cdot {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\big)\Big].$$

${}_nU_x$ kann auch auf $2 \cdot {}_n^{IV}Q_x + {}_{n+1}^{IV}Q_x$ zurückgeführt werden und ist tabellarisch ohne Mühe zu berechnen.

Durch Verbindung des vorhergehenden Ausdrucks mit (32a) folgt als Formel für den ganzen Bilanzwert

$$(36a)\quad {}_n A_x^{st} = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big\{{}_n g \cdot \big(\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot {}^{I}H_{x+n} + p' \cdot {}^{II}H_{x+n+1}\big)$$

$$+ \big({}_{n+1}G - {}_n g\big) \cdot \big(\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{n+1}T_x\big)$$

$$+ \Delta_\nu \Big[\{p + p' \cdot (n-m)\} \cdot \big({}_{n+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\big) + p' \cdot \big({}_{n+2}U_x - {}_{n+\nu+2}U_x$$

$$- \nu \cdot {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\big)\Big]\Big\}.$$

Der Vollständigkeit halber sei noch angegeben, wie man bei $n \leqq m$ zu verfahren hat. Hier ist (23) und (24) zu berücksichtigen und auf Grund der Formeln (32b) und (34) der Wert des gesamten Pensionsanspruchs zu bilden:

(36b) $$ {}_nA_x^{st} = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big\{ {}_mg \cdot \left(p \cdot {}^{I}H_{x+m} + p' \cdot {}^{II}H_{x+m+1}\right) $$

$$ + {}_m\delta \cdot \left(p \cdot {}_{m+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{m+1}T_x\right) + \Delta_\nu \Big[p \cdot \left({}_{m+2}^{III}Q_x - {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right) $$

$$ + p' \cdot \left({}_{m+2}U_x - {}_{n+\nu+2}U_x - (\nu + n - m) \cdot {}_{n+\nu+2}^{III}Q_x\right)\Big]\Big\}. $$

Durch Vergleich ist festzustellen, daß die Formeln des Abschnitts II in den hier entwickelten als Spezialfall $p' = 0$ enthalten sind.

4. Die sämtlichen bisher benützten *Hilfsgrößen sind unabhängig von der Höhe der Pensionsprozentsätze* und können daher für alle möglichen Variationen benützt werden; entsprechend sind auch die Formeln gestaltet. Es läßt sich jedoch nicht leugnen daß die entwickelten, allgemein gültigen Ausdrücke für die praktische Ausrechnung z. T. recht umständlich und zeitraubend sind. Bei Bilanzrechnungen von einigem Umfang ist es daher ratsam, die *speziellen Werte der p und p' schon in den Hilfszahlenreihen zu berücksichtigen.*

Bezeichnet ${}_np$ den nach n Dienstjahren erlangten Pensionssatz, so wären mittels der gegebenen Reihe der ${}_np$, die jetzt auch unregelmäßig steigen könnte, die Hilfszahlen

$$ {}_np \cdot H_{x+n} = {}_nK_x $$

$$ {}_np \cdot {}_nQ_x = {}_nL_x $$

und deren Summenreihen aufzustellen und mit Vorteil zu verwenden. Die so berechneten Grundzahlen gelten aber nur für die vorgelegten Zahlenwerte der a und m und die bestimmte Prozentsatzskala.

Für die Berechnung der Bilanzwerte hat die Anpassung der Hilfstabellen an die besonderen Pensionsvorschriften eine ganz *wesentliche Vereinfachung* zur Folge. Wir begnügen uns mit der Angabe der hauptsächlichen Formeln:

$\overline{(26)}$ $$ {}_0A_x = \frac{1}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \sum_{n=m} {}_ng \cdot {}_nK_x $$

$\overline{(28)}$ $$ {}_0A_x^m = \frac{{}_mg}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot {}_m^{I}K_x $$

$\overline{(29)}$ $$ {}_0A_x^{t\Delta} = \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot {}_{t+1}^{II}L_x $$

$\overline{(32a)}$ $$ {}_nA_x = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \left[{}_ng \cdot {}_n^{I}K_x + \left({}_{n+1}G - {}_ng\right) \cdot {}_{n+1}^{II}L_x\right] $$

$$\overline{(34)} \qquad {}_nA_x^{\Delta_\nu} = \frac{\Delta_\nu}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \left({}_{n+2}^{III}L_x - {}_{n+\nu+2}^{III}L_x \right)$$

$$\overline{(36a)} \qquad {}_nA_x^{st} = \frac{1}{100 \cdot D_{x+n}^{aa}} \cdot \Big[{}_ng \cdot {}_n^{I}K_x + \left({}_{n+1}G - {}_ng\right) \cdot {}_{n+1}^{II}L_x + \Delta_\nu \cdot \left({}_{n+2}^{III}L_x - {}_{n+\nu+2}^{III}L_x \right) \Big].$$

5. Will man bei Ermittlung der Fondsbelastung *künftige Zulagen unbeachtet lassen*, so müssen für ihre Deckung besondere Mittel und Wege gefunden werden. Je nach den vorliegenden Kennzeichen kann es bei unsern Systemen vorkommen, daß die durch künftige Steigerungen des Gehalts verursachte Mehrbelastung im Durchschnitt durch die gleichzeitig eintretende Beitragserhöhung ausgeglichen wird. Ist das nachgewiesen (vgl. Abschnitt IV), so kann man weitere Gehaltsänderungen bei den Bilanzrechnungen vernachlässigen und die einfachen Formeln (32a) und (32b) verwenden. Andernfalls könnte man eine Beitragskürzung zur Deckung des künftigen Mehrerfordernisses, die also dem mittleren Lebens- und Dienstalter des vorhandenen Bestandes anzupassen wäre, vornehmen oder aber für jede Zulage einen Extrabeitrag verlangen, was, wie wir noch sehen werden, wegen der mäßigen Höhe dieser einmaligen Zuwendungen hier weit eher zulässig ist als bei den üblichen Pensionsbestimmungen.

6. Für gewöhnlich wird die reine Invalidenversorgung durch eine *Alterspension* ergänzt, die nach Erreichung eines bestimmten Alters von sämtlichen bis dahin noch dienstfähigen Angestellten gefordert werden kann. Gelten für die Berechnung der Höhe der Alterspension die gleichen Bestimmungen wie für die Invalidenrenten (vgl. z. B. §§ 25 und 55 A. V. G.), so setzt die technische Rechnung voraus, daß von jenem Grenzalter z an auch allen Aktiven die übliche Rente gewährt wird. Die mathematische Erfassung dieser Annahme ist auf zweierlei Art möglich: entweder bringt man, wie in den Denkschriften über die Angestelltenversicherung, für die das Grenzalter ($z = 65$) rechnungsmäßig erreichenden Aktiven (l_z^{aa}) eine Zusatzrente in Anrechnung, die nur während der ferneren Aktivitätszeit entrichtet wird ($\bar{a}_z^{aa}$), oder man läßt die Summation der H_{x+n} mit dem Alter $z-1$ aufhören und setzt für die l_z^{aa} den Rentenbarwert a_z^a an, der als lebenslängliche Rente einer im Alter z noch aktiven Person zu deuten ist. Beide Verfahren laufen auf dasselbe hinaus; wir wollen die H_{x+n} bis zum Alter $z-1$ in der gewöhnlichen Weise einsetzen und mit H_z den in einer der beiden Formen zu berechnenden Wert der künftigen Rentenzahlungen an die im Alter z noch aktiven Personen bezeichnen. Da für diese Größe H_z $z-x$ volle Dienstjahre und der bestimmungsgemäße Durchschnitt aus den Gehalten dieser Jahre anzurechnen sind, können die obigen Formeln

unmittelbar auf die durch eine derartige Altersrente erweiterte Invalidenversorgung Anwendung finden, wenn man nur die Summierung der H_{x+n} bis zu dem soeben definierten H_z erstreckt und entsprechend auch alle andern Hilfszahlen ableitet. An die Stelle von (29*) müßte deshalb treten

$$ {}_0A_x^{t\Delta} \doteq \frac{{}_t\Delta}{100 \cdot D_x^{aa}} \cdot \left(\{p + p' \cdot (t - m)\} \cdot \sum_{k=1}^{z-x-t}\sum \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k} + p' \cdot \sum_{k=1}^{z-x-t} k^2 \cdot \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k} \right). $$

Wir setzen aber

$$ \sum_{k=1}^{z-x-t} \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k} = {}_{t+1}^{\;I}Q_x, \quad \sum_{k=1}^{z-x-t}\sum \frac{H_{x+t+k}}{(a-1)\,m + t + k} = {}_{t+1}^{\;II}Q_x $$

u. s. f., so daß sich wieder die Formel (29) ergibt.

Die Art der bei den behandelten Pensionseinrichtungen einzuschlagenden Rechnungsmethode dürfte damit genügend klargelegt sein. Wie die Formelausdrücke bei etwas veränderten Verhältnissen umzugestalten wären, würde Frage des einzelnen Falles sein. Es sei nur noch hinzugefügt, daß die ganzen Entwicklungen auch für die *Witwen- und Waisen-Pensionsanwartschaften* gelten, wenn man die Werte H_{x+n} in der bekannten Weise durch die entsprechenden Zahlen der Hinterbliebenenversorgung ersetzt.

IV. Anwendung.

Um die praktische Anwendung der allgemein gültigen Formeln an Hand eines Beispiels darzulegen, werde angenommen, ein Beamter trete im Alter von 25 Jahren mit einem Anfangsgehalt von 2000 der Pensionseinrichtung bei und habe die Aussicht, nach 5, 10, 15, 20 und 25 Dienstjahren Zulagen von 3 mal 500, dann 300 und 200 zu bekommen. Für die Pensionsberechnung soll bestimmungsgemäß der Gehaltsdurchschnitt der vollen Dienstjahre unter doppelter Berücksichtigung der ersten 10 Jahre maßgebend sein. Der hierauf anzuwendende Pensionssatz betrage nach 10jähriger Karenzzeit 30 % und steige mit jedem weiteren Jahre um 1 %.

Mithin ist zu setzen $x = 25$, $a = 2$, $m = 10$, $p = 30$, $p' = 1$.

Die Versicherung umfasse Invalidenpension, Altersrente vom vollendeten 65. Lebensjahre ab, die nach denselben Bestimmungen wie die Invalidenpension zu berechnen sei, und Witwenpension von 40 % mit Abfindung durch den dreifachen Jahresbetrag bei der Wiederverheiratung.

Dieser Umfang der Versorgung wurde unter Weglassen der Waisenrenten in Übereinstimmung mit der deutschen Angestelltenversicherung angenommen. Die einfachen Grundzahlen und die nach Abschnitt III benötigten Hilfswerte für die Eintrittsalter 20, 25, 30 und 40 und das System $a = 2$, $m = 10$ sind mit den Grundlagen der amtlichen Denkschrift vom Jahre 1908 berechnet und in den am Schlusse befindlichen Tabellen 1 bis 5 mit ge-

kürzten Dezimalen wiedergegeben worden. In den Spaltenüberschriften wurde die Bezeichnung $H_{x \div n}$ für die Invaliden-, Alters- und 40%ige Witwenpension beibehalten, so daß die Formeln ohne weitere Änderung Anwendung finden können. Nach den Ausführungen im Abschnitt II und der Definition der Größen T und U — (30) und (35) — gelten die Tabellen auch für andere Systeme: beispielsweise hätte man beim einfachen Gehaltsdurchschnitt nur die Eintrittsalter um 10 Jahre herabzusetzen und die Dauern um 10 Jahre zu erhöhen. Für das vorangestellte Beispiel sind die Hilfszahlen der Tabelle 3 zu entnehmen, unseren Zahlenangaben liegen jedoch die genaueren Werte zugrunde.

1. Gemäß (27) begründet der Anfangsgehalt eine Belastung des Pensionsfonds von

$$\frac{20}{D_{25}^{aa}} \cdot \left(30 \cdot {}^{I}H_{35} + {}^{II}H_{36}\right) = \frac{110\,785\,880}{D_{25}^{aa}} = 2734{,}29,$$

zu deren Deckung ein gleichbleibender jährlicher Nettobeitrag von $\frac{2734{,}29}{20 \cdot \mathbf{a}_{25\ \overline{40}}^{aa\,(12)}} = 7{,}65\ \%$ ausreichen würde.

Bei Ablauf der Karenzzeit gilt der Durchschnitt 2250.—, und im nächsten Jahre wird der Gehalt 3000.— bezogen. Daraus ergibt sich nach (28) und (31) als Wert der Pensionsanwartschaft

$$\frac{1}{D_{25}^{aa}} \cdot \left[22{,}5\,\left(30 \cdot {}^{I}H_{35} + {}^{II}H_{36}\right) + (30-22{,}5) \cdot \left(30 \cdot {}^{II}_{11}Q_{25} + {}_{11}T_{25}\right)\right]$$

$$= 145\,079\,312 : D_{25}^{aa}$$

Die später eintretenden Erhöhungen des Gehalts haben gemäß (29) die nachstehenden Ergänzungen zur Folge:

a) für die Zulage nach 15 Jahren

$$\frac{5}{D_{25}^{aa}} \cdot \left(35 \cdot {}^{II}_{16}Q_{25} + {}_{16}T_{25}\right) = 10\,293\,056 : D_{25}^{aa}$$

b) für die Zulage nach 20 Jahren

$$\frac{3}{D_{25}^{aa}} \cdot \left(40 \cdot {}^{II}_{21}Q_{25} + {}_{21}T_{25}\right) = 4\,378\,591 : D_{25}^{aa}$$

c) für die Zulage nach 25 Jahren

$$\frac{2}{D_{25}^{aa}} \cdot \left(45 \cdot {}^{II}_{26}Q_{25} + {}_{26}T_{25}\right) = 1\,881\,876 : D_{25}^{aa}$$

somit gesamter Wert der Versicherung zu Beginn $161\,632\,835 : D_{25}^{aa}$

$$= \underline{3989{,}24.}$$

Zur Deckung dieses Anwartschaftsbarwerts wird ein *Nettobeitrag* von 7,60 % des jeweiligen Gehalts erforderlich, *der um 0,05 niedriger ist als der ohne Berücksichtigung der Erhöhungen berechnete.*

Dieses bemerkenswerte Ergebnis muß dadurch erklärt werden, daß bei der angenommenen Art der Pensionsbemessung die späteren Gehaltssteigerungen auf die Höhe der Pension einen nur verhältnismäßig geringen Einfluß ausüben können, und daß daher in unserem Beispiel der durch die Zulagen bedingte gesamte Mehrwert der künftigen Beiträge über die ganze Mehrbelastung des Fonds hinausgeht.

Bei einigen *Einzelrechnungen* lohnt sich die mühsame Herstellung der nach den Formeln benötigten Hilfszahlenreihen nicht. Man ist dann auf Durchrechnungen angewiesen, wie in der Tabelle 6 für den vorstehenden Fall ausgeführt. Die Summe von Spalte 8 stimmt mit der obigen Schlußzahl genau überein.

Nach 18 Dienstjahren wäre auf Grund der bis dahin erreichten Gehalte ${}_{19}G = 3500$ und ${}_{18}g = 2517{,}86$ in die Bilanz einzustellen gemäß (32a)

$$\frac{1}{D^{aa}_{43}} \cdot \left[25{,}1786 \cdot \left(38 \cdot {}^{I}H_{43} + {}^{II}H_{44}\right) + (35 - 25{,}1786) \cdot \left(38 \cdot {}^{II}_{19}Q_{25} + {}_{19}T_{25}\right)\right]$$

$$= 143\,702\,031 : D^{aa}_{43}$$

Dazu kommen die Ergänzungswerte von obigen

$$\text{Zulagen b} = \quad 4\,378\,591 : D^{aa}_{43}$$

$$\text{und c} = \quad 1\,881\,876 : D^{aa}_{43}$$

$$\text{folglich gesamter Anwartschaftsbarwert} \quad 149\,962\,498 : D^{aa}_{43}$$

$$= \quad 8228{,}62.$$

Die Summierung der Spalte 8 Tab. 6 von $n = 18$ ab liefert 149 962 395, so daß man bei der tabellenmäßigen Einzelrechnung wieder zu dem gleichen Wert gelangt.

2. Wir wollen jetzt noch eine *feste jährliche Gehaltserhöhung* annehmen, dabei entsprechend (36b) das im 11. Dienstjahr zu beziehende Einkommen von 3000.— und den bei Ablauf der Karenzzeit erreichten Durchschnitt von 2250 zugrundelegen und dann auf 17 Jahre gleichmäßige Zulagen von 60 an setzen.

Nach Abänderung des Nenners der Formel erhält man für den Beginn der Mitgliedschaft den folgenden Barwert:

$$\frac{1}{D_{25}^{aa}}\cdot\Big\{22{,}5\,(30\cdot{}^{I}H_{35}+{}^{II}H_{36})+(30-22{,}5)\cdot\big(30\cdot{}^{II}_{11}Q_{25}+{}_{11}T_{25}\big)$$

$$+\,0{,}6\cdot\big[30\cdot\big({}^{III}_{12}Q_{25}-{}^{III}_{29}Q_{25}\big)+{}_{12}U_{25}-{}_{29}U_{25}-17\cdot{}^{III}_{29}Q_{25}\big]\Big\}$$

$$=161\,509\,507 : D_{25}^{aa}$$
$$=\underline{3986{,}20.}$$

Dieser Betrag weicht nur um 3,04 von dem weiter oben genau berechneten ab, folglich war unsere Annahme über die gleichbleibende Erhöhung vom Ende des 11. Dienstjahres ab sehr zutreffend. Man hätte ebensogut auch vom Anfangsgehalt ausgehen und eine nach einem Jahr beginnende regelmäßige Steigerung während einer entsprechenden Dienstzeit ansetzen können.

3. Will man sich über die *Einwirkung der einzelnen Gehaltssteigerung* Klarheit verschaffen, so sind als Erhöhung des Anwartschaftsbarwerts zu berücksichtigen:

zur Zulage a) $\frac{10\,293\,056}{D_{40}^{aa}} = 488{,}22$ oder 97,6 % der Gehaltszulage

„ „ b) $\frac{4\,378\,591}{D_{45}^{aa}} = 266{,}19$ „ 88,7 % „ „

„ „ c) $\frac{1\,881\,876}{D_{50}^{aa}} = 151{,}91$ „ 76,0 % „ „ .

Für die nach 5 und 10 Jahren stattfindenden Steigerungen sind die Formeln (33b) und (33a) maßgebend, man hat also anzusetzen

d) $$\frac{5}{D_{30}^{aa}}\cdot\Big[\tfrac{1}{2}\cdot\big(30\cdot{}^{I}H_{35}+{}^{II}H_{36}\big)+\tfrac{1}{2}\cdot\big(30\cdot{}^{II}_{11}Q_{25}+{}_{11}T_{25}\big)\Big]$$

$$=\frac{20\,663\,301}{D_{30}^{aa}}=629{,}79$$ oder 126,0 % der Zulage

e) $$\frac{5}{D_{35}^{aa}}\cdot\big(30\cdot{}^{II}_{11}Q_{25}+{}_{11}T_{25}\big)$$

$$=\frac{13\,630\,132}{D_{35}^{aa}}=514{,}72$$ „ 102,9 % „ „ .

Wie ersichtlich, beträgt die Erhöhung der Kassenbelastung einen mit der längeren Dienstdauer fallenden Prozentsatz der Gehaltssteigerung. Von den vorstehenden Zahlen müßte der Zuwachs des



Werts der künftigen Beiträge abgezogen werden. Wir wollen dabei die individuellen Nettobeitragssätze für gleichbleibende Gehalte anrechnen, nehmen einige weitere Beispiele hinzu und geben die Resultate in der folgenden Übersicht wieder.

Eintrittsalter (x)	Erforderlicher Nettobeitrag (ε_x)	Die Gehaltserhöhung 100 erfolgt nach Dienstjahren (t): 5	10	15	20	25	30	35	40
		a) Erhöhung des Anwartschaftsbarwerts $\left({}_tA_x^{t\Delta}\right)$:							
20		119,1	102,8	100.8	95,8	87,1	74,7	58,7	37,0
25		126,0	102,9	97,6	88,7	76,0	59,6	37,6	
30		129,6	100.0	90,7	77,5	60,8	38,3		
40		126,4	82,2	64,2	40,3				
		b) Mehrwert der künftigen Beiträge:							
20	6,60	117,9	108,8	97,9	85,8	72,4	57,7	42,2	24,5
25	7,65	126,1	113.5	99,5	83,9	66,9	48,9	28,3	
30	8,79	130,4	114.3	96.4	76,9	56,2	32,6		
40	11,45	125,6	100,1	73,2	42,4				
		c) Erhöhung des Anwartschaftsbarwerts abzüglich des Mehrwerts der Beiträge:							
20		1,2	— 6,0	2,9	10,0	14,7	17,0	16,5	12,5
25		— 0,1	— 10,6	— 1,9	4,8	9,1	10,7	9,3	
30		— 0,8	— 14,3	— 5,7	0,6	4,6	5,7		
40		0,8	— 17,9	— 9.0	— 2,1				

Die Ergebnisse unserer Rechnung sind in mehrfacher Hinsicht recht interessant. Zunächst ist festzustellen, daß der Einfluß der Gehaltssteigerung auf die Fondsbelastung durchweg um so kleiner ist, je länger die verflossene Dienstzeit war. Der Mehrwert der künftigen Beiträge nimmt in gleicher Weise ab, und aus beiden Größen folgen Differenzen, die ungedeckten Belastungswerte darstellend, von mäßiger, im allgemeinen mit der Dienstdauer ansteigender Höhe. Bei den niedrigen Eintrittsaltern fallen dann die Differenzen in den höchsten Dienstjahren wieder. Es ist jedoch nicht durchweg ein Extrabeitrag erforderlich, da in den jüngeren Dienstaltern der Mehrwert der Beiträge über die Zunahme des Anwartschaftsbarwerts hinausgeht, so daß ein Gewinn für die Bilanz folgt. Bemerkenswert ist das Ansteigen dieser Mehrbeträge bis nach 10 Dienstjahren. Diese Überschüsse werden die bei den längeren Dauern erforderlichen besonderen Zuwendungen, die mit dem Höchstsatz von 17 $^0/_0$ der Zulage in nahen Grenzen bleiben, zum größten Teile oder auch ganz wieder ausgleichen.

4. Die *Gesamtwirkung*, wie sie in der Praxis auftritt, ist am besten zu ersehen, wenn wir für die vier Eintrittsalter eine feste, nur vom Lebensalter abhängige Besoldungsskala mit alljährlicher, gleichbleibender Steigerung voraussetzen. Es sei der Gehalt beim

Alter 20 = 1750 und erhöhe sich alljährlich um 85 bis zu 4300 beim Alter 50. Formel (36b) liefert die Barwerte der gesamten Anwartschaften, während die Beiträge zu bewerten sind nach

$$\frac{\varepsilon_x}{100} \cdot \left({}_1G \cdot \mathrm{a}^{aa\ (12)}_{x\ \overline{65-x}} + \Delta_\nu \cdot \frac{\sum\limits_{n=1}^{64-x}\sum D^{aa}_{x+n} - \sum\limits_{n=\nu+1}^{64-x}\sum D^{aa}_{x+n} - 0{,}46403 \cdot \left(\sum\limits_{n=1}^{\nu} D^{aa}_{x+n} - \nu \cdot D^{aa}_{65} \right)}{D^{aa}_x} \right).$$

Es ergibt sich dann folgende Tabelle:

Eintrittsalter	${}_1G$	$_mg$	$_m\delta$	ν	Barwert der Anwartschaft	Barwert der Beiträge	Die Differenz von	entspricht einer Beitragserhöhung von	oder einem Extrabeitrag in $^0/_0$ jeder Zulage
20	1750	2132,5	467,5	30	3653,9	3602,6	51,3	0,09	3,7
25	2175	2557,5	467,5	25	4351,8	4362,2	−10,4	−0,02	−0,8
30	2600	2982,5	467,5	20	4998,6	5043,9	−45,3	−0,08	−4,1
40	3450	3832,5	467,5	10	5933,4	5948,2	−14,8	−0,03	−2,3

Darnach ist nur beim Eintrittsalter 20 der minimale Beitragsteil von 0,09 $^0/_0$ laufend oder der einmalige Extrabeitrag von 3,7 $^0/_0$ jeder Aufbesserung erforderlich; bei den 25, 30 und 40jährigen wäre gar eine geringe Herabsetzung des gewöhnlichen Beitrags zulässig. Durch Anwendung eines Durchschnittssatzes wird das Bild zwar erheblich verschoben, das Gesamturteil muß aber das gleiche sein. Liegt das mittlere Eintrittsalter nicht zu niedrig, so würden wohl alle Steigerungen der Anwartschaften durch die Mehrbeiträge, also ohne Erhöhung des gewöhnlichen Beitragssatzes und ohne einmalige Zuschüsse bei jeder Zulage, gedeckt werden können. Selbst wenn die Beitritte ausschließlich in den jüngsten Altern erfolgten, würde man *mit einer kaum nennenswerten Beitragserhöhung auskommen.*

Es ist zu vermuten, daß für die *reichsgesetzliche Angestelltenversicherung* über das Aufrücken der Versicherten in die höheren Klassen ähnliche Resultate, und zwar auf Grund einfacherer Formeln (vgl. Abschnitt V, 3), zu berechnen wären.

In den besprochenen Verhältnissen liegt ein nicht zu unterschätzender *Vorzug der behandelten Pensionssysteme* begründet. Bei ihnen können die Gehaltsänderungen nicht von so einschneidender Wirkung auf den finanziellen Stand des Fonds sein wie dort, wo das Ruhegeld stets aus dem zuletzt bezogenen Einkommen berechnet wird. Hat man in diesem Fall bei Festsetzung des Durchschnittsbeitrags auch die normalerweise künftig eintretenden Gehalts-



steigerungen berücksichtigt, so verlangen doch wieder außerordentliche Aufbesserungen, wie sie z. B. in den letzten Jahren durch das Steigen der Lebensmittelpreise bedingt wurden, ganz bedeutende Extrazuschüsse. Die Berechnung der Renten nach Gehaltsdurchschnitten verbürgt einen viel stetigeren Verlauf der Anforderungen des Pensionsfonds, so daß sie in dieser Hinsicht den Vorzug verdient. Freilich ist sie für die zu versorgenden Angestellten viel weniger günstig.

V. Berechnung der Pension nach den geleisteten Beiträgen.

Ein Spezialfall.

1. Wir setzen wieder das Pensionssystem (α, m, p, p') voraus ohne Begrenzung der Steigerung um p' und bezeichnen den Beitrag des $n$ten Dienstjahres mit

$$(37) \qquad {}_nB = {}_nG \cdot \frac{\varepsilon}{100}.$$

Dann kann die absolute Höhe der Pension aus den entrichteten Beiträgen ermittelt werden. Nach Umfluß der Karenzzeit belaufen sich

die geleisteten Beiträge auf

$$\sum_{n=1}^{m} {}_nB = \frac{\varepsilon}{100} \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nG$$

der Jahresbetrag der Pension auf

$${}_mP = \frac{p}{100} \cdot \frac{\sum\limits_{n=1}^{m} {}_nG}{m},$$

so daß ${}_mP = \frac{p}{\varepsilon \cdot m} \cdot \sum\limits_{n=1}^{m} {}_nB$ ist.

Nach $m + 1$ Jahren gilt

$${}_{m+1}P = \frac{p + p'}{100} \cdot \frac{\alpha \cdot \sum\limits_{n=1}^{m} {}_nG + {}_{m+1}G}{\alpha \cdot m + 1}$$

$$= \frac{p + p'}{\varepsilon\,(\alpha \cdot m + 1)} \cdot \left(\alpha \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nB + {}_{m+1}B\right)$$

und allgemein

$$(38) \qquad \underset{(k \geqq 0)}{{}_{m+k}P} = \frac{p + k \cdot p'}{\varepsilon\,(\alpha \cdot m + k)} \cdot \left(\alpha \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nB + \sum_{n=m+1}^{m+k} {}_nB\right).$$

Wir wollen jetzt diese Formel näher untersuchen und sie dahin auslegen, daß die *Pension alljährlich einen bestimmten Teil der Summe der entrichteten Beiträge mit α-facher Anrechnung der in den ersten m Jahren gezahlten ausmacht.* Die für die Formel gleichfalls zulässige Deutung, daß die Pension ein steigendes Vielfaches des Beitragsdurchschnittes beträgt, der genau so wie der bestimmungsgemäße Gehaltsdurchschnitt zu berechnen ist, würde wieder auf die Entwicklungen des Abschnitts III führen.

Die in (38) auftretende gebrochene rationale Funktion

$$f(k) = \frac{p + k \cdot p'}{\varepsilon\,(a \cdot m + k)}$$

eignet sich im allgemeinen als Ausmaß der Pension für die praktische Verwendung nicht, es müßten denn die Kennzeichen des Systems (a, m, p, p') besonderen Bedingungen genügen.[1] Die gedachte Art der Pensionsberechnung wird erst dann brauchbar, wenn $f(k)$ eine lineare Funktion darstellt oder konstant ist; analytisch ausgedrückt: es sollte wenigstens der zweite Differentialquotient für jeden Wert von k gleich null sein. Man sieht sofort, daß bei der vorliegenden Funktion die Differentialquotienten nur alle gleichzeitig null werden können; die *Bedingung* hierfür ist

$$p' = \frac{p}{a \cdot m}. \tag{39}$$

In diesem Fall[2] nehmen die Faktoren den *konstanten Wert* an:

$$\beta = \frac{p}{\varepsilon \cdot a \cdot m} = \frac{p'}{\varepsilon}. \tag{40}$$

Unter solchen Verhältnissen ist die Berechnung der Pensionshöhe nach den geleisteten Beiträgen nicht nur einfacher und übersichtlicher, sondern gestattet auch *Bruchteile von Dienstjahren* (von deren besonderen Bewertung hier abgesehen wird) *anzurechnen*; es könnte also jeweils von den tatsächlich entrichteten Beitragssummen ausgegangen werden. Der Pensionsanspruch wächst dann von einem Beitragszahlungstermin zum andern. Die Pension beträgt stets den festen Teil β der Beitragssumme bei a-facher Ansetzung der Beiträge der Karenzzeit:

$$_{m+k}P = \beta \cdot \left(a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nB + \sum_{n=m+1}^{m+k} {}_nB\right), \tag{41}$$

worin β als das *Verhältnis der Pensionssatzsteigerung zum Beitragssatz* zu deuten ist.

Man kann aber auch die entsprechende *Summe der bezogenen Gehalte* zugrunde legen, nur wäre dann β durch den Wert $\beta' = \frac{p'}{100}$ zu ersetzen: also ist die Pension gleich p' % der Einkommensumme

$$a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nG + \sum_{n=m+1}^{m+k} {}_nG.$$

---

[1] Die auf Seite 230 angegebene Größe $_nL_x$ könnte folgendermaßen mit Hilfe von $f(k)$ dargestellt werden:

$$_{m+k}L_x = {}_{m+k}P \cdot {}_{m+k}Q_x = \frac{_{m+k}P}{a \cdot m + k} \cdot H_{x+m+k}$$
$$= f(k) \cdot \varepsilon \cdot H_{x+m+k}.$$

[2] Singulärer Fall der sogen. homographischen Funktion $f(k)$, vgl. *Borel-Stäckel:* „Die Elemente der Mathematik", I. Bd., Leipzig u. Berlin 1908, Kap. XIX.

Vielleicht abgesehen von dem einfachsten Fall mit $\alpha = 1$ (s. *2.*), wird es sich praktisch kaum um Zurückführung von Systemen der Art (α, m, p, p'), die der besonderen Bedingung (39) genügen — es darf mithin nicht $p' = 0$ sein! —, auf die eben beschriebenen handeln können, da dann wohl die Pensionsbestimmungen selbst die Beitrags- oder Gehaltssummen als Grundlage für die Höhe der Pension festsetzen werden, so daß unmittelbar Systeme der Kennzeichen (α, m, β) vorliegen. Wir hatten lediglich im Auge, den Zusammenhang beider Arten klarzulegen. Es hat sich dabei ergeben, daß die (α, m, β) *Spezialfälle* der (α, m, p, p') sind, und daß umgekehrt die Pensionsbestimmungen auf Grund von α, m und β in Pensionsbemessung nach Gehaltsdurchschnitten mittels α, m, p und p' umgewandelt werden könnten.

Erinnern wir uns an das, was schon zu Eingang der Erörterungen über die *reichsgesetzliche Angestelltenversicherung* ausgeführt wurde, so wird klar, daß die Bedingung (39) dort befriedigt sein sollte. Nach unserer Behauptung wäre neben $m = 10$ und $\varepsilon = 8$ $\alpha = 2$, $p = 20$ und $p' = 1$ zu setzen, mithin müßte für diesen Fall auf Grund von (40) und (41) gelten:

$$_{10+k}P = \tfrac{1}{8} \cdot \left(2 \cdot \sum_{n=1}^{10} {}_nB + \sum_{n=11}^{10+k} {}_nB\right) = \tfrac{1}{4} \cdot \sum_{n=1}^{10} {}_nB + \tfrac{1}{8} \cdot \sum_{n=11}^{10+k} {}_nB.$$

In der Tat ist das nichts anderes als die Bestimmung des § 55 A.V.G. in Gleichungsform.

2. Bei Anrechnung des *einfachen Gehaltsdurchschnitts* ($\alpha = 1$) geht die Bedingung (39) über in $p' = \frac{p}{m}$, d. h. der Steigerungssatz muß gleich dem Verhältnis des Anfangsprozentsatzes der Pension zur Anzahl der Karenzjahre sein. Dann ist der Versorgungsanspruch allgemein gleich $(m + k) \cdot p'\,\%$ des Gehaltsdurchschnitts und mithin ebenso leicht aus der einfachen Beitragssumme wie aus dem Gesamteinkommen zu ermitteln.

Diesen Fall stellen die nach *Manly*[1]) in England, z. B. bei Eisenbahngesellschaften und großen Handelsfirmen, gebräuchlichen Einrichtungen dar, bei denen die Pension als Teil des Produkts der Zahl der Dienstjahre mit dem Durchschnitt sämtlicher Gehalte gewonnen wird. *Manly* weist schon darauf hin, daß der Anspruch dann auch ein fester Prozentsatz der Summe aller Gehalte ist und gründet darauf seine Formeln. Bei diesen großen Kassen mit Zwangsbeitritt will er seine die mittlere Besoldung jedes Lebensalters angebende Gehaltsskala verwenden, aus der Vermehrungsfaktoren abzuleiten sind, die dann in der technischen Rechnung das weitere Wachsen der am Bilanztage gezahlten Gehalte bestimmen.

3. Die *versicherungstechnischen Berechnungen* über solche Pensionsordnungen, bei denen die Bedingung (39) erfüllt ist, also der *Pensionsanspruch* durch einen *festen Teil der Summe der Beiträge oder der Gehalte,* vielleicht mit mehrfacher Anrechnung der-

[1]) J. I. A., XXXVI, On the Valuation of Staff Pension Funds.

jenigen der Karenzzeit, ausgedrückt werden kann, gestalten sich recht einfach, da es hier nicht notwendig ist, die unter III entwickelten Formeln zu verwenden, sei es nun, daß man die Gehalte oder die Beiträge zugrunde legt. Wir wollen zunächst von diesen ausgehen, wofür die erforderlichen Ausdrücke ohne weiteres anzugeben sind.

Für den gleichbleibenden Gehalt 100 kann der Barwert der Pensionsanwartschaft berechnet werden nach

$$(42)\qquad {}_0A_x = \frac{\beta \cdot \varepsilon}{D_x^{aa}} \cdot \left(a \cdot m \cdot {}^I H_{x+m} + {}^{II} H_{x+m+1}\right).$$

Einer nach t Jahren einsetzenden Steigerung um ${}_t\Delta$ entspricht die Beitragserhöhung ${}_t\Delta\, B = \frac{\varepsilon}{100} \cdot {}_t\Delta$. Folglich steigt der Pensionsanspruch wegen dieser Erhöhung von Jahr zu Jahr um $\beta \cdot {}_t\Delta\, B$ mehr als vorher. Die steigende Ergänzungsanwartschaft hat für den Beginn der Versicherung einen Barwert von

$$(43)\qquad \underset{(t \geqq m)}{{}_0A_x^{t\Delta}} = \frac{\beta \cdot {}_t\Delta\, B \cdot {}^{II} H_{x+t+1}}{D_x^{aa}}.$$

Wenn im Laufe der Versicherung nach Ablauf der Karenzzeit die Gehaltserhöhungen ${}_{t_1}\Delta$, ${}_{t_2}\Delta$, ${}_{t_3}\Delta \ldots$ eintreten sollen, wird der gesamte Anwartschaftsbarwert gegeben durch

$$(44)\qquad {}_0A_x = \frac{\beta}{D_x^{aa}} \cdot \Big(a \cdot \sum_{n=1}^{m} {}_nB \cdot {}^I H_{x+m} + {}_{m+1}B \cdot {}^{II} H_{x+m+1}$$
$$+ {}_{t_1}\Delta\, B \cdot {}^{II} H_{x+t_1+1} + {}_{t_2}\Delta\, B \cdot {}^{II} H_{x+t_2+1} + {}_{t_3}\Delta\, B \cdot {}^{II} H_{x+t_3+1} + \ldots\Big).$$

Bei der Bilanzierung eines derartigen Pensionsfonds sind bekannt

$$(45)\qquad a \cdot \sum_{k=1}^{m} {}_kB + \sum_{k=m+1}^{n} {}_kB = {}_nb$$

und ${}_{n+1}B$, woraus der Wert des Anspruchs entsteht:

$$(46a)\qquad \underset{(n \geqq m)}{{}_nA_x} = \frac{\beta}{D_{x+n}^{aa}} \cdot \left({}_nb \cdot {}^I H_{x+n} + {}_{n+1}B \cdot {}^{II} H_{x+n+1}\right).$$

Innerhalb der Karenzzeit wäre

$$(47)\qquad {}_mb = a \cdot \left(\sum_{k=1}^{n} {}_kB + {}_{n+1}B \cdot (m-n)\right)$$

zu bilden und dann anzusetzen

$$(46b)\qquad {}_nA_x = \frac{\beta}{D_{x+n}^{aa}} \cdot \left({}_mb \cdot {}^I H_{x+m} + {}_{n+1}B \cdot {}^{II} H_{x+m+1}\right).$$



Um den Zuwachs des Anwartschaftsbarwerts im Zeitpunkte einer Gehaltserhöhung zu berechnen, hätte man sich nachstehender Formeln zu bedienen:

(48a)
$$\underset{(t \geqq m)}{{}_tA_x^{t\Delta}} = \frac{\beta \cdot {}_t\Delta B \cdot {}^{II}H_{x+t+1}}{D^{aa}_{x+t}}$$

oder

(48b)
$$\underset{(t \leqq m)}{{}_tA_x^{t\Delta}} = \frac{\beta \cdot {}_t\Delta B}{D^{aa}_{x+t}} \cdot \left(\alpha \cdot (m-t) \cdot {}^{I}H_{x+m} + {}^{II}H_{x+m+1}\right).$$

Die Annahme einer gleichmäßigen Beitragserhöhung um

$$\Delta B_\nu = \frac{\varepsilon}{100} \cdot \Delta_\nu$$

auf ν Jahre führt zu der Zusatzanwartschaft

(49)
$$\underset{(n \geqq m)}{{}_nA_x^{\Delta_\nu}} = \frac{\beta \cdot \Delta B_\nu}{D^{aa}_{x+n}} \cdot \left({}^{III}H_{x+n+2} - {}^{III}H_{x+n+\nu+2}\right),$$

und der gesamte Barwert würde dann für $n \geqq m$ zu berechnen sein nach der Formel

(50a)
$$ {}_nA_x^{st} = \frac{\beta}{D^{aa}_{x+n}} \cdot \Big[{}_nb \cdot {}^{I}H_{x+n} + {}_{n+1}B \cdot {}^{II}H_{x+n+1} + \Delta B_\nu \cdot \left({}^{III}H_{x+n+2} - {}^{III}H_{x+n+\nu+2}\right)\Big].$$

Für $n \leqq m$ wäre zu nehmen

(50b)
$$ {}_nA_x^{st} = \frac{\beta}{D^{aa}_{x+n}} \cdot \Big[{}_mb \cdot {}^{I}H_{x+m} + {}_{m+1}B \cdot {}^{II}H_{x+m+1} + \Delta B_\nu \cdot \left({}^{III}H_{x+m+2} - {}^{III}H_{x+n+\nu+2}\right)\Big],$$

worin

(51)
$$ {}_mb = {}_nb + \left\{{}_{n+1}B \cdot (m-n) + \Delta B_\nu \cdot \frac{(m-n)\,(m-n-1)}{2}\right\} \cdot \alpha$$

und

(52)
$$ {}_{m+1}B = {}_{n+1}B + \Delta B_\nu \cdot (m-n)$$

zu setzen ist.

Diese nur für den erwähnten Spezialfall geltenden Formelausdrücke sind viel einfacher als die allgemeinen des Abschnitts III, zudem kann ihre Auswertung ohne Zwischenoperationen unmittelbar aus den Summenreihen der gegebenen Größen H_{x+n} erfolgen: die Berechnung der ${}_nQ_x$ wird entbehrlich.

Da nun aber die Beiträge nach unserer Annahme den Einkommen proportional sind und in sämtlichen Formeln entsprechend auftreten wie die Gehalte in Abschnitt III, so müssen *bei* $p =$

$p' \cdot a \cdot m$ *einfache Beziehungen zwischen den versicherungstechnischen Grundzahlen* bestehen.

In der Tat findet die Verwandlung der Formeln ihre Erklärung dadurch, daß die früher grundlegliche Summe

$$\left| p + p' \cdot (n - m) \right| \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{n+1}T_x$$

für $p = p' \cdot a \cdot m$ mit $p' \cdot {}^{II}H_{x+n+1}$ identisch ist. Es wird dann nämlich:

$$\left| p + p' (n - m) \right| \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x + p' \cdot {}_{n+1}T_x$$

$$= p' \cdot \left(\left| (a-1)\, m + n \right| \cdot {}_{n+1}^{II}Q_x + {}_{n+1}T_x \right)$$

$$= p' \cdot \left(\left| (a-1)m+n \right| \cdot \sum_{k=1} k \cdot \frac{H_{x+n+k}}{(a-1)m+n+k} + \sum_{k=1} k^2 \cdot \frac{H_{x+n+k}}{(a-1)m+n+k} \right)$$

$$= p' \cdot \sum_{k=1} k \cdot H_{x+n+k} = p' \cdot {}^{II}H_{x+n+1}.$$

Unter Berücksichtigung dieser Identität gehen die unter III angegebenen Ausdrücke in einfache über, die auf die bezogenen pensionsberechtigten Gehalte anzuwenden sind und den oben für die Berechnung nach den Beiträgen entwickelten entsprechen. Es wäre weiter zu beachten, daß ${}_n g \cdot \left| p + p' (n - m) \right|$ [vgl. z. B. (32a)] bei $p = p' \cdot a \cdot m$ durch

$$p' \cdot \left(a \cdot \sum_{k=1}^{m} {}_k G + \sum_{k=m+1}^{n} {}_k G \right)$$

ersetzt werden kann. Danach ist es für diese Spezialfälle, zu denen auch die deutsche Angestelltenversicherung gehört, praktisch gleichgültig, ob man die gezahlten Beiträge oder die Summe der versicherten Einkommen der Rechnung zugrunde legen will.

Tabelle 1.

Grundzahlen der Angestelltenversicherung, umfassend Invaliden-, Alters- und Witwenpension (40%).

$x+n$	H_{x+n}	${}^{I}H_{x+n}$	${}^{II}H_{x+n}$	${}^{III}H_{x+n}$	D^{aa}_{x+n}	$a^{aa\,(12)}_{x+n\ \overline{65-x-n}}$
1	2	3	4	5	6	7
20					50 256,6	18,90 639
21					48 106.5	18,72 746
22					46 065,0	18,53 367
23					44 124,2	18.32 529
24					42 277,3	18,10 243
25					40 517.2	17.86 553
26	495,127	119 183.80	3 367 238,2	56 124 241	38 836,7	17.61 539
27	591,317	118 688,68	3 248 054.4	52 757 003	37 231,1	17,35 195
28	695,460	118 097,36	3 129 365,7	49 508 948	35 694,6	17,07 580
29	784,658	117 401,90	3 011 268,4	46 379 583	34 222,0	16,78 752

$x+n$	H_{x+n}	${}^{I}H_{x+n}$	${}^{II}H_{x+n}$	${}^{III}H_{x+n}$	$D^{\overline{aa}}_{x+n}$	$\mathbf{a}^{\overline{aa}\,(12)}_{x+n\ \overline{65-x-n\rvert}}$
1	2	3	4	5	6	7
30	872,543	116 617,24	2 893 866,5	43 368 314	32 810,0	16,48 692
31	1 003,326	115 744,70	2 777 249,2	40 474 448	31 453,7	16.17 473
32	1 122,816	114 741,37	2 661 504,5	37 697 199	30 147,3	15,85 243
33	1 246,721	113 618,56	2 546 763,2	35 035 694	28 884,9	15,52 182
34	1 388,346	112 371,84	2 433 144.6	32 488 931	27,664,3	15,18 302
35	1 495,993	110 983,49	2 320 772,8	30 055 786	26 480,8	14,83 764
36	1 603,573	109 487.50	2 209 789.3	27 735 013	25 333.1	14,48 557
37	1 709,492	107 883,92	2 100 301,8	25 525 224	24 219,7	14,12 685
38	1 787,217	106 174.43	1 992 417,9	23 424 922	23 140.4	13,76 074
39	1 852,230	104 387,22	1 886 243,4	21 432 505	22 094,6	13,38 670
40	1 939,324	102 534.99	1 781 856,2	19 546 261	21 083,0	13,00 330
41	2 041,501	100 595,66	1 679 321.2	17 764 405	20 101.6	12,61 199
42	2 125,915	98 554,16	1 578 725,6	16 085 084	19 149.3	12,21 254
43	2 229,735	96 428,25	1 480 171,4	14 506 358	18 224,5	11,80 505
44	2 328,584	94 198,51	1 383 743,2	13 026 187	17 324,9	11,39 021
45	2 405,966	91 869,93	1 289 544,6	11 642 444	16 449,4	10,96 791
46	2 475,061	89 463,96	1 197 674,7	10 352 899	15 598,3	10,53 712
47	2 602,509	86 988,90	1 108 210,8	9 155 224	14 769,7	10,09 819
48	2 737,874	84 386,39	1 021 221,9	8 047 013	13 959,9	9,65 289
49	2 870,350	81 648,52	936 835.5	7 025 792	13 166,8	9,20 204
50	3 029,240	78 778,17	855 187,0	6 088 956	12 388,3	8,74 664
51	3 188,421	75 748,93	776 408,8	5 233 769	11 622,4	8.28 771
52	3 293.298	72 560,51	700 659.9	4 457 360	10 869,0	7,82 503
53	3 356,947	69 267,21	628 099,4	3 756 700	10 131,0	7,35 600
54	3 424,895	65 910.26	558 832,2	3 128 601	9 410,61	6,87 808
55	3 473,968	62,485,37	492 921,9	2 569 769	8 709,15	6,38 889
56	3 512,912	59 011,40	430 436.5	2 076 847	8 027,32	
57	3 550.108	55 498,49	371 425.1	1 646 411	7 363.08	
58	3 608,464	51 948.38	315 926,6	1 274 985	6 716,50	
59	3 639.820	48 339,91	263 978.3	959 059	6 083,15	
60	3 666,340	44 700.09	215 638,4	695 080	5 464,01	3,70 580
61	3 572,428	41 033,75	170 938,3	479 442	4 859,68	
62	3 461.938	37 461,33	129 904.5	308 504	4 278,96	
63	3 267,960	33 999,39	92 443,2	178 599	3 722,45	
64	3 019,056	30 731,43	58 443.8	86 156	3 199,12	
65	27 712,371	27 712,37	27 712,4	27 712	2 714,74	
					(Tab. 1, Sp. 3)	(Tab. 2, Sp. 5)

$$H_{x+n} = A'_{x+n} \cdot i_{x+n} \cdot \frac{{}^{i}R^{\left(\frac{1}{1}\frac{2}{2}\right)}_{x+n+1/2}}{1{,}035^{1/2}} + 0{,}4 \cdot \left(A'_{x+n} \cdot {}^{a}s_{x+n} \cdot v_{x+n} \cdot \frac{{}^{w}R^{\left(\frac{1}{1}\frac{2}{2}\right)}_{u+n+1/2} + K_{u+n+1/2}}{1{,}035^{1/2}} \right.$$

$$\left. + A'_{x+n} \cdot i_{x+n} \cdot \frac{B_{x+n+1/2}}{1{,}035^{1/2}} \right)$$

(Tab. 4, Sp. 4 und Tab. 24, Sp. 2 der amtlichen Denkschrift von 1908),

jedoch

$$H_{65} = {}^{i}Z_{65} + A'_{65} \cdot {}^{a}R^{\left(\frac{1}{1}\frac{2}{2}\right)}_{65} + 0{,}4 \cdot {}^{w}Z_{65}$$

(Tab. 4, Sp. 5, Tab. 1, Sp. 3 u. 6 und Tab. 24, Sp. 3 der amtlichen Denkschrift von 1908).

Tabelle 2.

Von α und m abhängige Hilfszahlen für das Eintrittsalter 20.

$x = 20,\ \alpha = 2,\ m = 10.$

n	${}_nQ_x$	${}^{I}_{n}Q_x$	${}^{II}_{n}Q_x$	${}^{III}_{n}Q_x$	${}_nT_x$	${}^{I}_{n}T_x$	${}^{IV}_{n}Q_x$	${}_nU_x$	n
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	43,627	2 851,250	62 448,560	884 941,89	1 707 440,22	17 997 935,7	9 441 438,8	27 439 374,5	10
11	47,777	2 807,623	59 592,310	822 498,33	1 585 404,35	16 290 495,5	8 556 496,9	24 846 902,4	11
12	51,037	2 759,846	56 784,687	762 906,02	1 469 027,35	14 705 091,2	7 733 998,6	22 439 089,8	12
13	54,205	2 708,809	54 024,841	706 121,33	1 358 217,82	13 236 063,8	6 971 092,6	20 207 156,4	13
14	57,848	2 654,604	51 316,032	652 096,49	1 252 876,95	11 877 846,0	6 264 971,2	18 142 817,2	14
15	59,840	2 596,756	48 661,428	600 780,46	1 152 899,49	10 624 969,0	5 612 874,8	16 237 843,8	15
16	61,676	2 536,916	46 064,672	552 119,03	1 058 173,39	9 472 069,6	5 012 094,3	14 484 163,8	16
17	63,315	2 475,240	43 527,756	506 054,36	968 580,96	8 413 896,2	4 459 975,3	12 873 871,4	17
18	63,829	2 411,925	41 052,516	462 526,60	884 000,69	7 445 315,2	3 953 920,9	11 399 236,1	18
19	63,870	2 348,096	38 640,591	421 474,09	804 307,58	6 561 314,5	3 491 394,3	10 052 708,8	19
20	64,644	2 284,226	36 292,495	382 833,50	729 374,50	5 757 006,9	3 069 920,2	8 826 927,1	20
21	65,855	2 219,582	34 008,269	346 541,00	659 073,73	5 027 632,4	2 687 086,7	7 714 719,1	21
22	66,435	2 153,727	31 788,687	312 532,73	593 276,78	4 368 558,7	2 340 545,7	6 709 104,4	22
23	67,568	2 087,292	29 634,960	280 744,05	531 853,13	3 775 281,9	2 028 013,0	5 803 294,9	23
24	68,488	2 019,724	27 547,668	251 109,09	474 670,50	3 243 428,8	1 747 268,9	4 990 697,7	24
25	68,742	1 951,236	25 527,944	223 561,42	421 594,89	2 768 758,3	1 496 159,9	4 264 918,1	25
26	68,752	1 882,494	23 576,708	198 033,47	372 490,24	2 347 163,4	1 272 598,4	3 619 761,8	26
27	70,338	1 813,742	21 694,214	174 456,77	327 219,32	1 974 673,2	1 074 565,0	3 049 238,1	27
28	72,049	1 743,404	19 880,472	152 762,55	285 644,63	1 647 453,8	900 108,2	2 547 562,0	28
29	73,599	1 671,355	18 137,068	132 882,08	247 627,09	1 361 809,2	747 345,7	2 109 154,9	29
30	75,731	1 597,756	16 465,713	114 745,01	213 024,31	1 114 182,1	614 463,6	1 728 645,7	30
31	77,766	1 522,025	14 867,957	98 279,30	181 690,64	901 157,8	499 718,6	1 400 876,4	31
32	78,412	1 444,259	13 345,932	83 411,34	153 476,75	719 467,2	401 439,3	1 120 906,4	32
33	78,069	1 365,847	11 901,673	70 065,41	128 229,15	565 990,4	318 027,9	884 018,3	33
34	77,839	1 287,778	10 535,826	58 163,74	105 791,65	437 761,3	247 962,5	685 723,8	34
35	77,199	1 209,939	9 248,048	47 627,91	86 007,77	331 969,6	189 798,8	521 768,4	35
36	76,368	1 132,740	8 038,109	38 379,86	68 721,62	245 961,9	142 170,9	388 132,7	36
37	75,534	1 056,372	6 905,369	30 341,75	53 778,14	177 240,3	103 791,0	281 031,3	37
38	75,176	980,838	5 848,997	23 436,38	41 023,77	123 462,1	73 449,3	196 911,4	38
39	74,282	905,662	4 868,159	17 587,39	30 306,62	82 438,3	50 012,9	132 451,2	39
40	73,327	831,380	3 962,497	12 719,28	21 475,96	52 131,7	32 425,5	84 557,2	40
41	70,048	758,053	3 131,117	8 756,73	14 382,35	30 655,8	19 706,3	50 362,0	41
42	66,576	688,005	2 373,064	5 625,61	8 878,16	16 273,4	10 949,5	27 222,9	42
43	61,660	621,429	1 685,059	3 252,55	4 820,04	7 395,3	5 323,9	12 719,2	43
44	55,908	559,769	1 063,630	1 567,49	2 071,35	2 575,2	2 071,4	4 646,6	44
45	503,861	503,861	503,861	503,86	503,86	503,9	503,9	1 007,7	45

Tabelle 3.

Von α und m abhängige Hilfszahlen für das Eintrittsalter 25.

$x = 25,\ \alpha = 2,\ m = 10.$

n	${}_nQ_x$	${}^{I}_{n}Q_x$	${}^{II}_{n}Q_x$	${}^{III}_{n}Q_x$	${}_nT_x$	${}^{I}_{n}T_x$	${}^{IV}_{n}Q_x$	${}_nU_x$	n
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	74,800	2 967,978	54 591,852	669 058,84	1 283 525,83	11 785 447,6	6 227 253,2	18 012 700,9	10
11	76,361	2 893,178	51 623,874	614 466,99	1 177 310,10	10 501 921,8	5 558 194,4	16 060 116,2	11
12	77,704	2 816,817	48 730,696	562 843,11	1 076 955,53	9 324 611,7	4 943 727,4	14 268 339,1	12
13	77,705	2 739,113	45 913,879	514 112,42	982 310,96	8 247 656,2	4 380 884,3	12 628 540,5	13
14	77,176	2 661,408	43 174,766	468 198,54	893 222,31	7 265 345,2	3 866 771,9	11 132 117,1	14
15	77,573	2 584,232	40 513,358	425 023,77	809 534,19	6 372 122,9	3 398 573,3	9 770 696,3	15
16	78,519	2 506,659	37 929,126	384 510,41	731 091,70	5 562 588,7	2 973 549,6	8 536 138,3	16
17	78,738	2 428,140	35 422,467	346 581,29	657 740,11	4 831 497,0	2 589 039,2	7 420 536,2	17
18	79,633	2 349,402	32 994,327	311 158,82	589 323,32	4 173 756,9	2 242 457,9	6 416 214,8	18
19	80,296	2 269,769	30 644,925	278 164,49	525 684,06	3 584 433,6	1 931 299,1	5 515 732,7	19
20	80,199	2 189,473	28 375,156	247 519,57	466 663,98	3 058 749,5	1 653 134,6	4 711 884,1	20
21	79,841	2 109,274	26 185,683	219 144,41	412 103,14	2 592 085,6	1 405 615,0	3 997 700,6	21
22	81,328	2 029,433	24 076,409	192 958,73	361 841,05	2 179 982,4	1 186 470,6	3 366 453,0	22
23	82,966	1 948,105	22 046,976	168 882,32	315 717,67	1 818 141,4	993 511,8	2 811 653,2	23
24	84,422	1 865,139	20 098,871	146 835,35	273 571,82	1 502 423,7	824 629,5	2 327 053,2	24
25	86,550	1 780,717	18 233,732	126 736,47	235 239,22	1 228 851,9	677 794,2	1 906 646,1	25
26	88,567	1 694,167	16 453,015	108 502,74	200 552,47	993 612,7	551 057,7	1 544 670,4	26
27	89,008	1 605,600	14 758,848	92 049,73	169 340,61	793 060,2	442 555,0	1 235 615,2	27
28	88,341	1 516,592	13 153,248	77 290,88	141 428,51	623 719,6	350 505,2	974 224,8	28
29	87,818	1 428,251	11 636,656	64 137,63	116 638,61	482 291,1	273 214,4	755 505,4	29
30	86,849	1 340,433	10 208,405	52 500,98	94 793,55	365 652,5	209 076,7	574 729,2	30
31	85,681	1 253,584	8 867,972	42 292,57	75 717,17	270 858,9	156 575,8	427 434,7	31
32	84,526	1 167,903	7 614,388	33 424,60	59 234,81	195 141,8	114 283,2	309 424,9	32
33	83,918	1 083,377	6 446,485	25 810,21	45 173,94	135 907,0	80 858,6	216 765,5	33
34	82,723	999,459	5 363,108	19 363,73	33 364,34	90 733,0	55 048,4	145 781,4	34
35	81,474	916,736	4 363,649	14 000,62	23 637,59	57 368,7	35 684,7	93 053,3	35
36	77,661	835,262	3 446,913	9 636,97	15 827,02	33 731,1	21 684,0	55 415,1	36
37	73,658	757,601	2 611,651	6 190,06	9 768,46	17 904,1	12 047,1	29 951,1	37
38	68,083	683,943	1 854,050	3 578,40	5 302,76	8 135,6	5 857,0	13 992,6	38
39	61,613	615,860	1 170,107	1 724,35	2 278,60	2 832,9	2 278,6	5 111,5	39
40	554,247	554,247	554,247	554,25	554,25	554,3	554,3	1 108,5	40

Tabelle 4.

Von α und m abhängige Hilfszahlen für das Eintrittsalter 30.

$x = 30,\ \alpha = 2,\ m = 10.$

n	${}_nQ_x$	${}_n^IQ_x$	${}_n^{II}Q_x$	${}_n^{III}Q_x$	${}_nT_x$	${}_n^IT_x$	${}_n^{IV}Q_x$	${}_nU_x$	n
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	96,966	2 981,302	45 890,284	477 915,73	909 941,17	7 136 547,0	3 807 231,4	10 943 778,4	10
11	97,214	2 884,336	42 908,982	432 025,44	821 141,90	6 226 605,8	3 329 315,6	9 555 921,5	11
12	96,633	2 787,122	40 024,646	389 116,46	738 208,27	5 405 463,9	2 897 290,2	8 302 754,1	12
13	96,945	2 690,489	37 237,524	349 091,81	660 946,10	4 667 255,6	2 508 173,7	7 175 429,4	13
14	97,024	2 593,544	34 547,035	311 854,29	589 161,55	4 006 309,5	2 159 081,9	6 165 391,5	14
15	96,239	2 496,520	31 953,491	277 307,26	522 661,02	3 417 148,0	1 847 227,6	5 264 375,6	15
16	95,195	2 400,281	29 456,971	245 353,76	461 250,56	2 894 487,0	1 569 920,4	4 464 407,3	16
17	96,389	2 305,086	27 056,690	215 896,79	404 736,90	2 433 236,4	1 324 566,6	3 757 803,0	17
18	97,781	2 208,697	24 751,604	188 840,10	352 928,60	2 028 499,5	1 108 669,8	3 137 169,3	18
19	98,978	2 110,916	22 542,907	164 088,50	305 634,09	1 675 570,9	919 829,7	2 595 400,6	19
20	100,975	2 011,938	20 431,991	141 545,59	262 659,19	1 369 936,8	755 741,2	2 125 678,0	20
21	102,852	1 910,963	18 420,053	121 113,60	223 807,15	1 107 277,6	614 195,6	1 721 473,3	21
22	102,916	1 808,111	16 509,090	102 693,55	188 878,01	883 470,5	493 082,0	1 376 552,5	22
23	101,726	1 705,195	14 700,979	86 184,46	157 667,94	694 592,5	390 388,5	1 084 981,0	23
24	100,732	1 603,469	12 995,784	71 483,48	129 971,17	536 924,5	304 204,0	841 128,6	24
25	99,256	1 502,737	11 392,315	58 487,70	105 583,08	406 953,4	232 720,5	639 673,9	25
26	97,581	1 403,481	9 889,578	47 095,38	84 301,18	301 370,3	174 232,8	475 603,1	26
27	95,949	1 305,900	8 486,097	37 205,80	65 925,51	217 069,1	127 137,5	344 206,6	27
28	94,960	1 209,951	7 180,197	28 719,71	50 259,21	151 143,6	89 931,7	241 075,3	28
29	93,329	1 114,991	5 970,246	21 539,51	37 108,77	100 884,4	61 212,0	162 096,3	29
30	91,659	1 021,662	4 855,255	15 569,26	26 283,27	63 775,6	39 672,4	103 448,1	30
31	87,132	930,003	3 833,593	10 714,01	17 594,42	37 492,4	24 103,2	61 595,5	31
32	82,427	842,871	2 903,590	6 880,41	10 857,24	19 897,9	13 389,2	33 287,1	32
33	75,999	760,444	2 060,719	3 976,82	5 892,93	9 040,7	6 508,8	15 549,5	33
34	68,615	684,445	1 300,275	1 916,11	2 531,94	3 147,8	2 531,9	5 679,7	34
35	615,830	615,830	615,830	615,83	615,83	615,8	615,8	1 231,7	35

Tabelle 5.

Von α und m abhängige Hilfszahlen für das Eintrittsalter 40.

$x = 40,\ \alpha = 2,\ m = 10.$

n	${}_nQ_x$	${}_n^IQ_x$	${}_n^{II}Q_x$	${}_n^{III}Q_x$	${}_nT_x$	${}_n^IT_x$	${}_n^{IV}Q_x$	${}_nU_x$	n
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	151,462	2 726,830	26 968,414	184 877,88	342 787,35	1 779 144,8	982 011,4	2 761 156,2	10
11	151,830	2 575,368	24 241,584	157 909,47	291 577,35	1 436 357,5	797 133,5	2 233 491,0	11
12	149,695	2 423,538	21 666,216	133 667,88	245 669,55	1 144 780,2	639 224,0	1 784 004,2	12
13	145,954	2 273,843	19 242,678	112 001,67	204 760,66	899 110,6	505 556,1	1 404 666,7	13
14	142,704	2 127,889	16 968,835	92 758,99	168 549,14	694 349,9	393 554,5	1 087 904,4	14
15	138,959	1 985,185	14 840,946	75 790,15	136 739,36	525 800,8	300 795,5	826 596,3	15
16	135,112	1 846,226	12 855,761	60 949,21	109 042,66	389 061,4	225 005,3	614 066,8	16
17	131,485	1 711,114	11 009,535	48 093,45	85 177,36	280 018,8	164 056,1	444 074,9	17
18	128,874	1 579,629	9 298,421	37 083,91	64 869,40	194 841,4	115 962,7	310 804,1	18
19	125,511	1 450,755	7 718,792	27 785,49	47 852,19	129 972,0	78 878,8	208 850,8	19
20	122,211	1 325,244	6 268,037	20 066,70	33 865,36	82 119,8	51 093,3	133 213,1	20
21	115,240	1 203,033	4 942,793	13 798,66	22 654,53	48 254,5	31 026,6	79 281,0	21
22	108,186	1 087,793	3 739,760	8 855,87	13 971,98	25 599,9	17 227,9	42 827,8	22
23	99,029	979,607	2 651,967	5 116,11	7 580,25	11 628,0	8 372,0	20 000,0	23
24	88,796	880,578	1 672,360	2 464,14	3 255,92	4 047,7	3 255,9	7 303,6	24
25	791,782	791,782	791,782	791,78	791,78	791,8	791,8	1 583,6	25

Tabelle 6.

Einzelrechnung zum Beispiel:

$x=25,\ a=2,\ m=10,\ p=30,\ p'=1,\ {}_1G=2{,}000,\ {}_5\Delta={}_{10}\Delta={}_{15}\Delta=500,\ {}_{20}\Delta=300,\ {}_{25}\Delta=200.$

Abgelaufene Dienstjahre n	Gehalt ${}_{n+1}G$	Gehalts-erhöhung ${}_n\Delta$	Bestimmungsgemäßer Gehaltsdurchschnitt ${}_ng$	Pensionssatz $p+(n-m)p'$	Pensionsanspruch $\{p+(n-m)p'\}\cdot\frac{{}_ng}{100}$	H_{x+n}	$\{p+(n-m)p'\}\cdot\frac{{}_ng}{100}\cdot H_{x+n}$ (Sp. 6 × Sp. 7)
1	2	3	4	5	6	7	8
0	2000	—					
1	2000	—	2000,—				
2	2000	—	2000,—				
3	2000	—	2000,—				
4	2000	—	2000,—				
5	2500	500	2000,—				
6	2500	—	2083,33				
7	2500	—	2142,86				
8	2500	—	2187,50				
9	2500	—	2222,22				
10	3000	500	2250,—	30	675,—	1 495,993	1 009 795
11	3000	—	2285,71	31	708,57	1 603,573	1 136 244
12	3000	—	2318,18	32	741,82	1 709,492	1 268 135
13	3000	—	2347,83	33	774,78	1 787,217	1 384 700
14	3000	—	2375,—	34	807,50	1 852,230	1 495 676
15	3500	500	2400,—	35	840,—	1 939,324	1 629 032
16	3500	—	2442,31	36	879,23	2 041,501	1 794 949
17	3500	—	2481,48	37	918,15	2 125,915	1 951 909
18	3500	—	2517,86	38	956,79	2 229,735	2 133 388
19	3500	—	2551,72	39	995,17	2 328,584	2 317 337
20	3800	300	2583,33	40	1033,33	2 405,966	2 486 157
21	3800	—	2622,58	41	1075,26	2 475,061	2 661 334
22	3800	—	2659,38	42	1116,94	2 602,509	2 906 846
23	3800	—	2693,94	43	1158,39	2 737,874	3 171 526
24	3800	—	2726,47	44	1199,65	2 870,350	3 443 415
25	4000	200	2757,14	45	1240,71	3 029,240	3 758 408
26	4000	—	2791,67	46	1284,17	3 188,421	4 094 475
27	4000	—	2824,32	47	1327,43	3 293,298	4 371 623
28	4000	—	2855,26	48	1370,52	3 356,947	4 600 763
29	4000	—	2884,62	49	1413,46	3 424,895	4 840 952
30	4000	—	2912,50	50	1456,25	3 473,968	5 058 966
31	4000	—	2939,02	51	1498,90	3 512,912	5 265 504
32	4000	—	2964,29	52	1541,43	3 550,108	5 472 243
33	4000	—	2988,37	53	1583,84	3 608,464	5 715 230
34	4000	—	3011,36	54	1626,13	3 639,820	5 918 820
35	4000	—	3033,33	55	1668,33	3 666,340	6 116 665
36	4000	—	3054,35	56	1710,44	3 572,428	6 110 424
37	4000	—	3074,47	57	1752,45	3 461,938	6 066 873
38	4000	—	3093,75	58	1794,38	3 267,960	5 863 962
39	4000	—	3112,24	59	1836,22	3 019,056	5 543 651
40			3130,—	60	1878,—	27 712,371	52 043 833
							161 632 835

Gesamter Barwert der Anwartschaften:

$${}_0A_x=\frac{\sum\limits_{n=m}\left\{p+(n-m)p'\right\}\frac{{}_ng}{100}\cdot H_{x+n}}{D_x^{aa}}=\frac{161\,632\,835}{40\,517{,}2}=\mathbf{3989{,}24}.$$

Die geplante norwegische soziale Volksversicherung.

Von Nicolay L. Bugge,
Sekretär im Norwegischen Justizministerium (Kristiania).

Einleitung.

Nach Beschluß des Storthings wurde in Norwegen am 26. Februar 1907 eine Kommission ernannt, um die Frage der *Invaliden- und Altersversicherung für das ganze norwegische Volk* zu bearbeiten, eine Aufgabe, an die sich noch kein Land herangewagt hatte.

Die Kommission wurde im Dezember 1912 mit ihrer Arbeit fertig und reichte dann den Entwurf eines Gesetzes über eine Invaliden- und Altersversicherung für das norwegische Volk ein.*) Die wesentlichsten Bestimmungen desselben sollen im folgenden dargestellt werden. Näher auf die Begründung der Vorlage seitens der Kommission bzw. auf die Meinungsverschiedenheiten innerhalb derselben einzugehen, würde zu weit führen, und für eingehendere Studien wird daher auf die von der Kommission herausgegebenen Drucksachen, nämlich *Utkast til Lov om Uförhets- og Alderstrygd for det Norske Folk med Motiver* (Kristiania 1913) nebst dazu gehörigen Anlagen verwiesen.

Umfang der Versicherung.

Wie aus dem Namen des Entwurfes hervorgeht, soll die geplante Versicherung *das ganze norwegische Volk* umfassen. Im Sinne des Entwurfes sind hierunter alle männliche und weibliche Personen, die in Norwegen wohnhaft sind oder auf norwegischen Schiffen fahren, zu verstehen, sowie norwegische Bedienstete im Auslande mit deren Hausständen, sofern sie norwegische Staatsangehörige sind. Eine Ausnahme wird für die Bediensteten ausländischer Staaten in Norwegen nebst ihren Hausangehörigen gemacht; diese sind nur versicherungspflichtig, wenn sie norwegische Staatsangehörige sind.

Man hat es aber für richtig gefunden, die Einschränkung oder Ausdehnung des erwähnten Kreises der versicherten Personen zu ermöglichen. Der Entwurf schreibt daher vor, daß der König einerseits bestimmen kann, daß die Versicherungspflicht so weit ausgedehnt wird, daß sie auch Personen umfaßt, die jährlich oder für längere Zeit in Norwegen beschäftigt sind, ohne dortselbst wohnhaft zu sein, anderseits, daß gewisse Klassen von Ausländern, die sonst versicherungspflichtig wären, von der Versicherungspflicht befreit werden können. Bei der letzten Bestimmung ist wesentlich an farbige Seeleute gedacht, die nur vorübergehend mit Norwegen in Berührung kommen, und ferner an Ausländer, die sich in Norwegen studienhalber oder zu ähnlichen Zwecken aufhalten. Endlich gestattet der Entwurf dem König den Abschluß gegenseitiger Übereinkommen mit anderen Ländern, welche eine entsprechende Versiche-

[1]) Vgl. die Rundschau in dieser Zeitschrift, Bd. XIII, Sp. 79.



rung haben, um deren Versicherungspflicht auch auf alle norwegische Staatsangehörige auszudehnen, die in dem betreffenden Lande wohnhaft sind; ferner können Ausländer, die in Norwegen wohnen, von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn ihre Versicherung nach dem Gesetze ihres Heimatlandes weitergeführt wird.

Daß eine versicherungspflichtige Person das Land verläßt, bewirkt nicht, daß ihre Versicherungspflicht erlischt. Dies geschieht erst, wenn die Abwesenheit nicht länger als vorübergehend betrachtet werden kann, und hierzu wird jedenfalls eine Abwesenheit gefordert, die sich über einen Zeitraum von einem Jahr ausdehnt. Fällt die Versicherungs*pflicht* aus diesem Grunde weg, so gibt indessen der Entwurf dem Versicherten unter gewissen Umständen *das Recht* dazu, die Versicherung durch freiwillige Beiträge aufrecht zu halten. Die Bedingung ist, daß entweder die betreffende Person norwegischer Staatsangehöriger ist, oder daß sie obligatorische Beiträge in zehn Jahren bezahlt hat. Das hier erwähnte Recht erlischt, wenn es nicht innerhalb einer bestimmten Zeit geltend gemacht worden ist, und ebenso, falls der Jahresbeitrag nicht innerhalb sechs Monate nach der Verfallzeit bezahlt ist.

Im allgemeinen tritt die Versicherungspflicht am 1. Juli nach dem zurückgelegten 16. Lebensjahr für jede Person ein. Wenn die Betreffende zu dieser Zeit im Auslande wohnhaft ist, oder aus besonderen Gründen (z. B. weil sie von Geburt an erwerbsunfähig war oder später wurde) nicht in die Versicherung aufgenommen ist, wird sie versicherungspflichtig, sobald sie nach dem Lande zurückkehrt, oder auch wenn der frühere Grund zur Befreiung von der Versicherungspflicht wegfällt. Geschieht dies erst, wenn die betreffende Person über 60 Jahre alt ist, so kann sie jedoch unter keinen Umständen versichert werden.

Zweck der Versicherung.

Der Hauptzweck der Versicherung besteht darin, *Renten an Invaliden und bejahrte Personen* zu bezahlen.

Voraussetzung für den Bezug von *Invalidenrenten* ist, daß der Betreffende mindestens vier Jahre versichert gewesen war, und daß er Beiträge für ebensoviele Jahre bezahlt hat. Ist dies der Fall, so fängt die Rente gewöhnlich von dem Tage an zu laufen, an dem die Invalidität 26 Wochen gedauert hat; in besonderen Fällen jedoch, namentlich wenn der Grad der Invalidität und die schlechte ökonomische Lage des Betreffenden dafür sprechen, kann er ausnahmsweise auch für diese Zeit die Rente ganz oder teilweise erhalten.

Invalidität im Sinne des Entwurfes liegt vor, wenn die körperlichen oder geistigen Kräfte eines Versicherten wegen Krankheit, körperlicher Gebrechen oder Altersschwäche derart vermindert sind, daß er dauernd weniger als ein Drittel der vollen *Erwerbsfähigkeit* besitzt. Dies ist der Fall, wenn der Betreffende außerstande ist, durch für ihn passende Arbeit ein Drittel der Summe zu verdienen, die voll erwerbsfähige Personen durch eine gleichwertige Beschäftigung zu verdienen pflegen, mit gleichzeitiger Rücksichtnahme

auf Ausbildung, Art der Arbeit, persönliche Tüchtigkeit und Fleiß. Bei der Bestimmung der für den Betreffenden passenden Arbeit soll auf Alter, Ausbildung und früheres Geschäft Rücksicht genommen werden, und bei der Bestimmung der Arbeitseinnahme voll arbeitsfähiger Personen sollen, falls der Betreffende unter 50 Jahre ist, Gleichalterige als Maßstab herangezogen und gleichzeitig die Verhältnisse in der Gegend, wo der Betreffende sich im Laufe der letzten fünf Jahre am längsten aufgehalten hat, in Betracht gezogen werden. Ist der Betreffende über 50 Jahre alt, so sollen Personen in ihrem besten Alter als Maßstab dienen. Bei Hausfrauen und Personen, die gewerbsmäßige Arbeit nicht in dem Maße in Norwegen ausgeführt haben, daß sich danach beurteilen läßt, in wie weit sie erwerbsfähig sind oder nicht, wird nach ihrer *Arbeitsfähigkeit* gerechnet. Diese wird geschätzt durch Vergleich mit der Arbeit, welche voll arbeitsfähige und in jeder Beziehung (auch in bezug auf Übung und Tätigkeit) gleichwertige Personen auszurichten vermögen.

Kann eine Person *durch Arbeit* mindestens 1500 Kronen[1]) verdienen, so wird sie unter keinen Umständen als Invalide angesehen; ob jemand Einnahmen aus Vermögen, Pensionen, Unterstützungen oder dergleichen hat, kommt dagegen nicht in Betracht.

Wenn der Versicherte die Invalidität *vorsätzlich* herbeigeführt hat, fällt das Anrecht auf die Invalidenrente weg. Dasselbe gilt, wenn er unter der Ausführung eines Verbrechens invalid geworden ist; doch kann die Rente in besonderen Fällen bis auf weiteres ganz oder teilweise den in Norwegen wohnhaften Verwandten des Versicherten, deren hauptsächlicher Versorger der Betreffende gewesen ist, ausbezahlt werden.

Die *Altersrente* wird fällig am 1. Juli des 70. Lebensjahres des Versicherten. Hat er früher Invalidenrente erhalten, so fällt diese gleichzeitig fort.

Neben diesen beiden Hauptzwecken hat die Versicherung auch verschiedene *Nebenzwecke*.

Zuerst ist das *Sterbegeld* zu erwähnen. Wie wünschenswert es auch erscheinen könnte, im Falle des Ablebens eines Versicherten den Personen eine Rente zu gewähren, die von dem Versicherten oder Rentenberechtigten versorgt wurden, so hat man doch aus finanziellen Gründen sich damit genügen müssen, diesen Personen eine kleine Summe als Sterbegeld zu gewähren, deren Größe von den bezahlten Beiträgen in derselben Weise abhängt wie die Rente selbst. Stirbt der Versicherte im Laufe der Karenzzeit oder bevor Beiträge für vier Jahre bezahlt sind, so erhalten die Hinterbliebenen als Sterbegeld, was der Verstorbene an Beiträgen bezahlt hat ohne Zinsen, doch niemals mehr als 40 Kronen. Stirbt er nach dem Verlaufe der Karenzzeit, aber ohne Rente erhalten zu haben, so erhalten die Hinterbliebenen einen Betrag, welcher der Summe entspricht, die der Versicherte als Invalidenrente für ein halbes Jahr bekommen haben würde, wenn er nicht gestorben, sondern rentenberechtigt geworden wäre in dem

[1]) Eine Krone = 100 Öre = Mk. 1,10.



Augenblick, da er starb. War endlich der Verstorbene rentenberechtigt, so erhalten die Hinterbliebenen einen Betrag, entsprechend der Rente eines halben Jahres, wenn die Rente wenigstens drei Monate erhoben worden wäre, und widrigenfalls den Unterschied zwischen der Rente eines halben Jahres und dem Betrag, den der Verstorbene schon erhoben hatte. Hinterließ der Verstorbene unversorgte Kinder unter 14 Jahren, so wird bei der Berechnung des erwähnten Sterbegeldes in allen Fällen mit einem Zuschlag zu der Rente von 15 Kronen für jedes Kind gerechnet, und falls der Verstorbene Rente erhoben hat, wird der Zuschlag zu 15 Kronen pro Kind und pro Termin berechnet.

Das Sterbegeld fällt weg, falls es jemandem zugute kommen würde, der durch widerrechtliche Handlung zur Herbeiführung der Invalidität oder des Todes beigetragen hat, es sei denn, daß bestimmt wird, daß es anderen der Hinterbliebenen zugute kommen soll.

Auch *Kur- und Pflegegelder* kennt der Entwurf; er bestimmt hierüber, daß die Versicherung solche Beiträge gewähren kann, sowohl um vorzubeugen, daß eintretende Krankheit oder Schwäche zu dauernder Erwerbsunfähigkeit führt, als auch um möglichst zu bewirken, daß diejenigen, die schon erwerbsunfähig sind, ihre Erwerbsfähigkeit wiedererlangen.

Auch in den Fällen, wo Kur und Pflege einem Rentenberechtigten gewährt werden, ist diese Leistung eine selbständige neben der Invalidenrente, und tritt nur dann an die Stelle dieser, wenn der Berechtigte niemanden zu versorgen hat. Ist der Kranke nicht rentenberechtigt, so kann die Versicherung während der Kur den Personen Unterhaltkosten gewähren, die er bis zum Eintritt der Krankheit durch seine Arbeit unterhalten hatte. Der Versicherte ist nicht dazu verpflichtet, sich der Kur zu unterwerfen; unterläßt er es aber, ohne daß der Grund darin zu suchen ist, daß er sich durch die Kur besonderer Gefahr oder besonderen Leiden auszusetzen glaubte, dann kann das Reichsversicherungsamt dem Betreffenden die Rente verweigern, wenn große Wahrscheinlichkeit dafür vorliegt, daß er seine Erwerbsfähigkeit durch die Kur behalten oder wiedergewonnen haben würde.

Die Versicherung kann auch versuchen, Erwerbsunfähigkeit *vorzubeugen,* dadurch, daß sie durch Beiträge einen Versicherten *zum Erlernen einer Arbeit* verhilft. Diese Bestimmung betrifft Personen, die einen wesentlichen Teil ihrer Erwerbsfähigkeit verloren haben, ohne erwerbsunfähig im Sinne des Entwurfes zu sein.

Deckung der Unkosten der Versicherung.

Die *Verwaltungskosten* der Versicherung sollen nach dem Vorschlag der Kommission vom Staate und teilweise von den Gemeinden getragen werden, *die Kosten der eigentlichen Versicherungsleistungen* dagegen, abgesehen von den unten erwähnten, als Kontrollmittel angeordneten Kommunalzuschüssen zu den Invalidenrenten, ganz von den Versicherten selbst.

Die Versicherung soll in dieser Weise durch eigene Mittel ohne Zuschuß vom Staate oder von der Gemeinde wirken, indem sie auf

der *Basis der Selbsthilfe* begründet wird, so daß die Unkosten der Renten durch die Beiträge der Versicherten aufgebracht werden. Ferner soll *niemandem das Recht zur Befreiung* von der Beitragspflicht zugesprochen werden können, ohne daß hiermit auch sein Recht auf Rente erlischt oder entsprechend vermindert wird. Der Gedanke allgemeiner Beitragsbefreiungsregeln wurde abgelehnt, da gefunden wurde, daß solche den praktischen Bedürfnissen nicht angepasst werden könnten. Die Beitragsunfähigkeit läßt sich überhaupt schwer in allgemeine Regeln fassen, da sie im wesentlichen von einer Reihe individueller Faktoren abhängt, die bei der Aufstellung allgemeiner Bedürftigkeitsgrenzen naturgemäß nicht hinreichend berücksichtigt werden können. Die Gewährung der Beitragsbefreiung, die zweifellos in einer Reihe von Fällen unverschuldeter Armut erforderlich sein wird, wird in einer mehr sachgemäßen und gerechten Weise nach einem von den Behörden in jedem einzelnen Fall abgegebenen Urteil bewirkt werden. Der Entwurf schlägt deshalb vor, daß die Gemeinde, in welcher der Versicherte sein Heimatsrecht oder seinen festen Wohnsitz hat, den Betrag bezahlen kann, wenn der Versicherte wegen Krankheit, Unfalles oder anderen Umständen, die ihm nicht zur Last gelegt werden können, außerstande ist, Beiträge zu entrichten. Derartige Beitragsbefreiung kann jedoch keinem Versicherten für mehr als ein Drittel der Jahre, in welchen er Beiträge bezahlt hat, zugestanden werden, und wird in keinem Jahr für einen Betrag, der über zwei Kronen hinausgeht, gewährt. Macht der fehlende Beitrag mehr aus, so wird er als gleichwertig mit der von der Gemeinde entrichteten Summe angesehen, eventuell unter Hinzurechnung des persönlichen Beitrages des Betreffenden. Dadurch, daß in dieser Weise angemessene Hilfe zur Zahlung der Versicherungsbeiträge gewährt wird, erreicht man, daß die Renten nicht reduziert werden wegen fehlender Beitragszahlung in der Zeit, in der arbeitsame Personen nicht in der Lage waren, mehr zu verdienen, als zu ihrem Lebensunterhalt nötig war.

Die gewöhnlichen Beiträge werden *jährlich entrichtet*, doch niemals für eine längere Zeit als 50 Jahre und unter keinen Umständen für ein späteres als das 70. Lebensjahr des Versicherten.

Die *Höhe der Beiträge* ist nur der wechselnden Beitragsfähigkeit angepaßt, nimmt dagegen auf das mit den Jahren wachsende Risiko keine Rücksicht, und ist auf 2 % von den veranlagten Einnahmen fixiert, wobei der Mindestbeitrag jedoch zwei Kronen betragen muß. Es ist ferner auch darauf Rücksicht genommen worden, daß eine Vermögenseinnahme immer eine größere Beitragsfähigkeit mit sich führt als eine Arbeitseinnahme von derselben Höhe. Aus diesem Grunde soll als Beitrag auch 0,5 ‰ von dem veranlagten Vermögen geleistet werden. Für die Berechnung der Einnahmen von Eheleuten sind eine Reihe besonderer Vorschriften vorhanden; der Beitrag soll für Verheiratete mindestens je zwei Kronen ausmachen.

Hat der Versicherte Versorgungspflichten, so erfolgt eine Reduktion des Beitrages für jede zu versorgende Person. Diese Reduktion wird prozentual festgesetzt, und zwar so, daß sie 5 % des

Beitrages ausmacht, doch nicht weniger als 50 Öre und nicht mehr als drei Kronen. Der Versicherte soll doch unter keinen Umständen weniger als zwei Kronen jährlich bezahlen. — Bei der Berechnung der Versorgungspflicht wird niemand als versorgungsbedürftig angesehen, welcher entweder über 14 Jahre alt ist (es sei denn, daß die Versorgung durch geistige oder körperliche Schwäche begründet ist) oder der Betreffende Rente aus der Volksversicherung erhält. Die freiwillig Versicherten haben nicht das Recht auf sochen Abzug wegen ihrer Versorgungspflicht. Ihre Beiträge werden immer mit 2 % der zuletzt veranlagten Jahreseinnahme berechnet und außerdem mit 0,5 ‰ des zuletzt veranlagten Vermögens.

Neben diesen gewöhnlichen Beiträgen sollen indessen auch von anderen Personen, als den hier erwähnten, Beiträge zu der Versicherung geleistet werden.

Bei dem Inkrafttreten der Versicherung werden die Summen, die jetzt zur öffentlichen und privaten Armenpflege verwendet und die durch Steuern aufgebracht werden, erheblich zurückgehen. Hierdurch wird eine Ersparnis erzielt, auch für Personen, die aus irgend einer Ursache keinen Beitrag zur Volksversicherung zahlen, ferner für Gesellschaften, Stiftungen und Vereine, deren Einnahmen Gegenstand besonderer Besteuerung sind. Falls solche Personen und Firmen keine Gegenleistung für diese Ersparnis gewähren sollten, würden sie in der Wirklichkeit einen Vorteil auf Kosten der Versicherten erlangen, indem die Ausgaben, die sonst alle Steuerpflichtige zu tragen hätten, in diesem Falle nur von den Versicherten entrichtet werden würden. Da nun die Volksversicherung keineswegs eine solche Verschiebung der sozialen Pflichten beabsichtigt, schreibt der Entwurf vor, daß alle Personen, deren gewöhnliche Beiträge aufgehört haben, ferner alle nicht versicherungspflichtige, aber in Norwegen steuerpflichtige Personen, sowie steuerpflichtige Gesellschaften, Stiftungen und Vereine, deren Einnahmen bei der Steuerveranlagung der Aktionäre, Teilnehmer oder Mitglieder nicht mitgerechnet werden, der Versicherung einen Ersatz hierfür zahlen müssen, dessen Größe nach statistischen Berechnungen ermittelt wird. Bei diesen Berechnungen ist man jedoch davon ausgegangen, daß die erwähnte Verringerung der öffentlichen und privaten Versorgungspflicht nicht ganz als Ersparnis für die Steuerpflichtigen angesehen werden kann. Um übertriebenen Neigungen der Behörden zur Bewilligung der Invalidenrente entgegenzuwirken, die dadurch der Gemeinde die Armenkosten ersparen wollen, hat man es für notwendig erachtet, den Gemeinden vorzuschreiben, der Volksversicherung einen jährlichen Beitrag von 25 Kronen für jede laufende Invalidenrente zu bezahlen. Hinsichtlich dieser *Gemeindebeiträge* muß ein entsprechender Betrag von der berechneten Verringerung der öffentlichen Armenunterstützung in Abzug gebracht werden, wenn man ermittelt hat, was die Steuerpflichtigen tatsächlich ersparen werden. An Stelle der in den verschiedenen Gemeinden wechselnden und immer mehr steigenden öffentlichen Armenunterstützung und an Stelle der sehr ungleich verteilten, privaten

Versorgungspflicht werden in dieser Weise bei der Volksversicherung gleichartige Beiträge eingeführt, entsprechend den Ersparnissen, die die Steuerpflichtigen je nach Einnahmen, Vermögen und Versorgungspflicht erzielen werden, und der erzielte Betrag wird in einer solchen Weise verwendet, daß sämtliche Versicherte Recht auf dieselbe Rente erhalten, indem der Betrag jährlich für die Klasse der Versicherten festgesetzt wird, die in demselben Jahre das 16. Lebensjahr erreichen.

Weil jedoch nur diejenigen erwerbsfähigen Personen, die bei der Einführung der Versicherung noch nicht 56 Jahre alt sind, in dieselbe aufgenommen werden sollen, wird die erwähnte Ersparnis der öffentlichen und privaten Versorgungslast erst nach und nach erfolgen. In einer Reihe von Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes werden deshalb die Gemeinden eine stetig abnehmende Versorgungslast zu tragen haben, die bei der Steuerveranlagung berücksichtigt werden muß. Um die Doppelveranlagung, die hierdurch eintreten wird, auszugleichen, sollen die Gemeinden aus dem sogenannten *Invalidenfonds,* der bereits seit einer Reihe von Jahren angesammelt worden ist, um die Durchführung der Volksversicherung zu erleichtern, einen immer kleiner werdenden Anteil der Armenausgaben, die sie vor der Einführung der Versicherung durchschnittlich gehabt haben, zurückerstattet bekommen.

Berechnung der Renten.

Was *die Höhe der Renten* anbelangt, so richten sowohl die Invalidenrente als die Altersrente sich nach der sozialen Lage und Versorgungspflicht des Betreffenden, und nach der Größe und der Anzahl der bezahlten Beiträge.

Die *Berechnung* geschieht in folgender Weise:

Neben den gewöhnlichen Beiträgen jeder Person kommt in Ansatz, was jeweilig der Ersparnis der betreffenden Person an Armensteuer und privater Versorgung entspricht. Die Summe dieser Beträge in Verbindung mit der Summe derjenigen, welche die nicht beitragspflichtigen Personen und Gesellschaften usw. nach dem vorher erwähnten Schema leisten sollen, und dem Zuschuß der Gemeinden von 25 Kronen für jede laufende Invalidenrente, sollte eigentlich in der Weise unter den Versicherten verteilt werden, daß sie denjenigen zugute kam, die ohne die Beiträge der Versicherung auf die öffentliche oder private Unterstützung angewiesen gewesen wären. Weil sich eine Klasseneinteilung bei den jungen Jahresklassen unter Berücksichtigung der Eventualität einer künftigen Beanspruchung der öffentlichen oder privaten Versorgung nicht durchführen läßt, bleibt als gerechtester Ausweg der, die Mittel so zu verteilen, daß sie allen rentenberechtigten Invaliden und alten Personen zugute kommen als ein gleich großer Grundbetrag der Invaliden- und Altersrente des Betreffenden mit gleichzeitiger Berechtigung auf Anteilnahme an allen besonderen Vorteilen der Versicherung: Prämienabzug bei Versorgungspflicht, Rentenzuschuß für jedes zu versorgende Kind, Sterbegeld sowie Kur- und Pflegegelder.

Infolgedessen wird von diesem Grundbetrag allen Rentenberechtigten *derselbe Rentenbetrag* bewilligt, nämlich etwas über *53 Kronen*, wobei die Größe der geleisteten Prämienbeiträge nicht berücksichtigt wird.

Die erwähnte Summe ist indessen zu klein, um denjenigen eine wirkliche Hilfe zu werden, die nur einen geringen Zuschlag erhalten, weil sie in jugendlichem Alter Invaliden geworden sind, und deshalb nur wenige Jahresbeiträge bezahlt haben. Um einen *konstanten Zuschlag* hierzu zu bekommen, wird die Summe um den Betrag erhöht, welcher dem kleinsten zu zahlenden Beitrag gleichwertig ist, den eine versicherte Person über die Summe hinaus, die dem ersparten Betrag an öffentlichen und privaten Versorgungsgeldern entspricht, zu entrichten haben würde. Der kleinste Betrag macht 2 Kronen aus, die von einer Einnahme von 100 Kronen entrichtet werden, und die durchschnittlich ersparten Ausgaben betragen für kleine Einnahmen 0,4 %, für 100 Kronen also 40 Öre. Folglich macht die Summe 1,60 Kronen, einen für alle versicherte Personen gemeinschaftlichen jährlichen Beitrag aus, der nach den dem Entwurfe zugrunde liegenden Berechnungen einer Rente von 26,52 Kronen entspricht. Der allen Renten gemeinschaftliche feste *Grundbetrag* von etwa 53 Kronen kann infolgedessen um diese Summe *erhöht* werden, so daß er eine *Grundrente von etwa 80 Kronen* ausmachen wird, unabhängig davon, wie groß oder wie klein die Beiträge gewesen sind. Diese Rente stellt sich also als Gegenleistung dar für den Teil des jährlichen Beitrages, welcher dem Ersparnis an öffentlichen und privaten Versorgungsgeldern entspricht, sowie für den Beitrag der Gemeinde an Invalidenrenten und endlich für einen festen Teil der Prämie in Höhe von 1,60 Kronen. Der Rest der Beiträge des Betreffenden wird dazu verwendet, ihm einen Zuschuß zur festen Rente zu verschaffen, und jeder dieser restlichen Beiträge wird als eine einmalige Einzahlung angesehen. Bei dieser Berechnung geht man von dem üblichen Verfahren in der privaten Versicherung aus, und bewertet die Beiträge entsprechend dem Alter, bei welchem sie eingezahlt worden sind.

Der hieraus sich ergebende Betrag bildet die normale Rente für eine einzelne Person. Wenn dem Rentenberechtigten Versorgungspflichten obliegen, erhält er eine *Zulage* zu der normalen Rente in Höhe von 15 Kronen für jedes Kind, das nicht über 14 Jahre alt ist. Erhalten Eheleute gleichzeitig Rente, so wird die Zulage für jedes Kind unter 14 Jahren mit 20 Kronen berechnet. Anderseits wird dem Versicherten nichts von der Rente abgezogen, falls ihm auf Grund der Versorgungspflicht Beitragsermäßigung gewährt worden ist, indem das Risiko der künftigen Versorgung in die Versicherung hineingezogen ist. Wenn dagegen der Rentenberechtigte nicht alle ihm obliegende Beiträge entrichtet hat, oder wenn er von Norwegen abwesend gewesen ist, ohne seine Anwartschaft aufrechtzuerhalten, oder wenn er erst nach dem Inkrafttreten der Versicherung im höheren Alter als 16 Jahre in dieselbe aufgenommen worden ist, so muß ein Abzug von 2 % von der ihm zustehenden Grundrente für jeden fehlenden, jährlichen Beitrag gemacht werden. Ist der Versicherte bei dem



Inkrafttreten des Gesetzes über 16 Jahre, so wird die Grundrente um 1 Krone für jedes Jahr, um welches dieses Alter überschritten ist, heruntergesetzt. Die Komission war darüber nicht im Zweifel, daß dem Versicherten auch im Falle der Invalidität lieber das Anrecht auf die eben erwähnte Art der Rentengewährung, die während der ganzen Dauer der Invalidität läuft, zugestanden werden müßte, als eine einmalige Geldunterstützung. Anderseits kann jedoch unter Umständen eine derartige einmalige Kapitalabfindung ihre Vorteile haben, und der Entwurf schlägt deshalb vor, daß das Reichsversicherungsamt dem Versicherten auf sein diesbezügliches Gesuch hin eine Summe, die dem Betrage der Rente für fünf Jahre nicht überschreitet, auszahlen kann, sofern genügende Garantie dafür vorhanden ist, daß dem Versicherten hierdurch der Weg zu einer Erwerbsquelle geöffnet wird.

Verhältnis zwischen Invalidenversicherung und Unfallversicherung.

Das Verhältnis zwischen der allgemeinen Invalidenversicherung und der schon bestehenden Unfallversicherung wird nach dem Vorschlage des Entwurfs in der Weise geregelt, daß das Unfallsrisiko von der Volksversicherung ausgeschlossen wird, soweit es von der Unfallversicherung gedeckt ist, d. h. Invalidenrente soll nur bei einer Invalidität zugesprochen werden, die nicht von einem Unfalle herrührt. Die Unfallversicherung soll deshalb in allen Fällen und ohne Abzug ihren Verpflichtungen nachkommen. Hat der Unfall die Invalidität hervorgerufen, so bezahlt die Unfallversicherung ihren vollen Betrag und die Volksversicherung die eventuell über diesen Betrag hinausgehende Invaliditätsrente. Ist dagegen der Unfall unbedeutender, so wird eine Teilung vorgenommen in der Weise, daß die Invalidenrente für den Teil der Invalidität, die nicht durch den Unfall hervorgerufen ist, ausbezahlt wird. Bei einem Unfall, der zu einer Zeit sich ereignete, da der Betreffende Invalidenrente bezog, wird von derselben nichts abgezogen.

Invalidität, die durch Teilnahme im Krieg hervorgerufen ist, läßt die Versicherung unberücksichtigt, da man geglaubt hat, die Aufgabe der Volksversicherung auf die Versorgung der Invaliden des werktägigen Lebens beschränken zu müssen.

Altersrente wird in allen Fällen ohne Abkürzung der Unfallrente bezahlt. Dasselbe gilt von Sterbegeldern.

Verwaltung.

An der Spitze der Volksversicherung steht das *Reichsversicherungsamt* (Rikstrygdeverket), das aus einem Direktor und einem Verwaltungsrat besteht. In diesem ist der Direktor der Vorsitzende und hat neben sich vier Mitglieder, die vom König auf drei Jahre ernannt werden. Außerdem wählt das Storthing einen Reichsversicherungsrat von zwölf Mitgliedern, die die Aufsicht über die Reichsversicherung führen.

Die Verwaltung wird für jede Gemeinde, die eigenes Veranlagungs- und Steuerwesen besitzt, getrennt geführt. In jedem Versicherungskreis wird ein ständiger Versicherungsausschuß ernannt, bestehend aus einem Vorsitzenden, der neben sich so viele Mitglieder bekommt, wie die Kommunalverwaltung bestimmt, und zwar werden diese Mitglieder unter den Versicherten und von der Kommunalverwaltung selbst gewählt.

Schließlich sieht der Entwurf ein Schiedsgericht von vier vom Storthing und drei vom König gewählten Mitgliedern vor. Bei diesem Schiedsgericht, das als eine verwaltungsmäßige Instanz aufzufassen ist, können alle Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, welche die Versicherungsverhältnisse der Versicherten oder der Rentenberechtigten betreffen, angefochten werden.

Aufnahme in die Versicherung.

Der Entwurf enthält genaue Vorschriften über das Verfahren bei der Aufnahme in die Versicherung. Die Hauptregel ist, daß versicherungspflichtige Personen sich selbst bei dem Vorsitzenden des Versicherungsausschusses melden müssen, jedoch haben Arbeitgeber, kommunale und öffentliche Beamte sowie Dienstherren darauf acht zu geben, daß die Meldung zur rechten Zeit stattfindet. Dieselbe Pflicht haben die Eltern in bezug auf die von ihnen versorgten Kinder. Jeder ist dazu verpflichtet, die zur Entscheidung über die Frage der Versicherungspflicht des Betreffenden erforderliche Auskunft zu geben, und in fraglichen Fällen kann der Ausschuß ärztliche Untersuchung anordnen.

Ist eine Person nicht in dem Jahre in die Versicherung aufgenommen, in welchem sie versicherungspflichtig wurde, so muß die Aufnahme sofort stattfinden, und die Beiträge für die verstrichene Zeit müssen nachbezahlt werden, jedoch nicht für einen Zeitraum über zwei Jahre hinaus.

Feststellung der Vermögensverhältnisse und der Einnahmen der Versicherten usw.

Die *Feststellung* der Vermögensverhältnisse und der Einnahmen, nach welchen die Berechnung der Beiträge geschieht, wird von denselben Behörden vorgenommen, die die direkten Steuern veranlagen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die Versicherten steuerpflichtig sind oder nicht.

Wenn angenommen werden muß, daß die Entrichtung der veranlagten Beiträge auf Grund besonderer Umstände dem Versicherten besonders schwer zur Last fallen würde, so kann der Versicherungsausschuß mit Einverständnis des Reichsversicherungsamts die Herabsetzung des Beitrags herbeiführen, doch darf niemals der Mindestbeitrag unterschritten werden.

Sofern der Betreffende der Gemeinde gegenüber steuerpflichtig ist, kann die Herabsetzung nur erfolgen, wenn die Kommunalverwaltung die Herabsetzung oder den Fortfall der Steuer verordnet.

Die *Einziehung* der Beiträge geschieht in Verbindung mit der Einziehung der Gemeindesteuer. Arbeitgeber und Dienstherren müssen die Beiträge für ihre Arbeiter und Angestellte und für deren Frauen und versorgungsberechtigte Personen zahlen; es steht ihnen aber das Recht zu, den Betrag von dem Lohn abzuziehen. Dasselbe gilt für den Staat und die Gemeinde ihren Arbeitern und Bediensteten gegenüber.

Wenn der Versicherungspflichtige selbst keine Einnahmen hat, muß der Beitrag von dem Arbeitgeber entrichtet werden, ohne daß der Dienstherr dann das Recht hat, das Geld zurück zu verlangen. Steht der Betreffende nicht im Dienstverhältnis, soll der Beitrag von demjenigen bezahlt werden, dem die gesetzmäßige Versorgungspflicht obliegt.

Zur *Kontrolle* soll jeder Versicherungspflichtige sich ein *Beitragsbuch* anschaffen, in das die entrichteten Beiträge, die monatlich bezahlt werden müssen, von dem Kassierer eingetragen werden. Der König kann mit dem Einverständnis des Storthings bestimmen, daß bei der Zahlung der Beiträge Marken, die der Kassierer in das Buch einklebt und stempelt, als Quittung benutzt werden können.

Zahlung der Renten.

Anträge auf Rente müssen schriftlich an den Rentenausschuß eingereicht werden. Das Gesuch muß von dem Quittungsbuch begleitet sein und, im Falle der Invalidität, muß genaue Auskunft bezüglich der Ursache der Invalidität, des Zeitpunktes für deren Eintritt sowie über die durch die Invalidität bedingten Änderungen der Arbeit und der Einnahmen des Versicherten gegeben werden. Außerdem muß in der Regel ein ärztliches Zeugnis bei jedem Anspruch auf Rente eingeholt werden.

Die Sache wird durch den *Rentenausschuß* vorbereitet. Wenn derselbe den Anspruch begründet findet, macht er eine diesbezügliche Eingabe an das Reichsversicherungsamt. Wenn der Ausschuß dagegen der Ansicht ist, daß der Antrag abgelehnt oder die Erfüllung desselben auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden muß, wird dem Antragsteller Gelegenheit zur erneuten Aussprache gegeben, bevor die Sache dem Reichsversicherungsamt unterbreitet wird. In keinem Fall kann Rente für einen Zeitraum zugestanden werden, welcher bei der Stellung des Antrages mehr als ein Jahr zurückliegt.

Die *Höhe* der Rente wird von dem *Reichsversicherungsamt* berechnet; sie wird pränumerando monatlich durch die Post ausbezahlt.

Wenn die berechnete Rente nicht ausreichend ist, um zu verhindern, daß der Empfänger der Armenversorgung zur Last fällt, so kann die Ortsgemeinde des Versicherten eine *Erhöhung* bewilligen, und falls das Reichsversicherungsamt hiermit einverstanden ist, wird die Rente um den bewilligten Betrag so lange erhöht, wie die Ortsgemeinde bestimmt. Eine solche Erhöhung der Rente wird nicht als Armenunterstützung angesehen. Der erhöhte Betrag kann jedoch von der Gemeinde zurückverlangt werden, falls sich herausstellen



sollte, daß der Rentenberechtigte zu Unrecht die zusätzliche Unterstützung bezogen hat.

Wenn in dem Verhältnisse einer invaliden Person eine derartige *Änderung* eintritt, daß die Betreffende nicht mehr als Invalide im Sinne des Gesetzes anzusehen ist, so soll die Rente entzogen werden. Die diesbezügliche Bestimmung trifft das Reichsversicherungsamt nach dem Vorschlag des Rentenausschusses und nach Vernehmung des Rentenberechtigten.

Eine Rente kann von dem Reichsversicherungsamt zeitweilig *entzogen* werden, wenn der Rentenberechtigte Gefängnisstrafe verbüßt oder in einem Arbeitshaus untergebracht ist. Falls der Betreffende Verwandte besitzt, die in Norwegen wohnhaft sind und deren Versorger er gewesen ist, kann jedoch die Rente unter Umständen diesen ausbezahlt werden. Die Invalidenrente wird nicht in der Zeit ausbezahlt, in welcher sich der Rentenberechtigte im Auslande aufhält, wenn nicht das Reichsversicherungsamt der Ansicht ist, daß ohne Kosten eine für die Versicherung zuverlässige Kontrolle bezüglich der Erwerbsfähigkeit des Betreffenden ausgeübt werden kann. Über Renten an eine Person, die wegen Geistesstörung oder Trunksucht als unfähig zur Verfügung über Geldmittel angesehen werden muß, wird in zweckmäßiger Weise disponiert, oder die Rente wird zum Besten des Ehegatten oder der Kinder verwendet.

Unübertragbarkeit der Rente usw.

Rentenansprüche können nicht mit Rechtskraft übertragen, verpfändet oder zum Gegenstand der Exekution, Verpfändung oder desgleichen gemacht werden, ausgenommen der Fall, daß dies zur Deckung von pflichtigen Unterhaltsbeiträgen für den Ehegatten oder für die Kinder geschieht. Wenn jemand, dem Rente bewilligt ist wegen einer Beschädigung, durch welche seine Invalidität herbeigeführt ist, Anspruch auf Ersatz seitens dritter Personen hat, so verfällt dieser Anspruch dem Reichsversicherungsamt bis zu einem Betrage, der dem Verlust entspricht, welchen die Versicherung erlitten hat. Bleibt etwas übrig, nachdem die Ausgaben der Versicherung gedeckt sind, so wird der Restbetrag dem Rentenberechtigten oder seinen Erben zurückbezahlt.

Übergangsbestimmungen.

Beim Inkrafttreten des Gesetzes werden 40 Jahresklassen als versicherungspflichtig vorgeschlagen, so daß keiner in die Versicherung aufgenommen wird, welcher in dem Jahre, in dem das Gesetz in Kraft tritt, mehr als 56 Jahre alt ist. Diese 40 Jahresklassen bilden eine besondere Abteilung mit besonderer Geschäftsführung. Das bei der Versicherung dieser Jahresklassen entstehende Defizit, welches durch Berechnung der Prämienreserve auf Grundlage der durch die Versicherung selbst gewonnenen Berechnungserfahrungen bestimmt wird, soll von dem vorher erwähnten Invalidenfonds und, falls dieser nicht ausreicht, von dem Staate innerhalb 30 Jahre nach der Einführung der Versicherung gedeckt werden.

Rechnungsgrundlagen.

Bezüglich der Rechnungsgrundlagen ist zu bemerken, daß die Kommission von einem Zinsfuß von 4 % ausgeht und im übrigen wie folgt überlegt:

Die Wahrscheinlichkeit der Invalidität ist bei der norwegischen Volksversicherung niedriger zu setzen als bei der deutschen Arbeiterversicherung. Eine Invaliditätstabelle, welche für die Altersklassen 20 bis 60 mit einem um 33 % kleineren Zuwachs zur Zahl der Invaliden rechnet als in Deutschland infolge statistischer Tabellen der letzten Jahre, wird als zuverlässige Grundlage für die norwegische Volksversicherung angesehen.

Die Wahrscheinlichkeit des Ausscheidens von Invaliden wird für die jüngeren Klassen als gleichwertig derjenigen in Deutschland angesehen, für die höheren Altersklassen dagegen niedriger. Es wird jedoch nicht angenommen, daß der Unterschied so groß ist, wie zwischen den Sterblichkeitsziffern der Bevölkerung der beiden Länder. Man rechnet aber damit, daß der Unterschied in den Verhältnissen der beiden Völker sich stärker und stärker bemerkbar machen wird, je länger die Invalidität gedauert hat, bis zu einem Punkte, bei welchem der Abgang nicht mehr von der Dauer der Invalidität abhängt, indem man dann von demselben Verhältnisse in der Abgangswahrscheinlichkeit unter gleichalterigen Invaliden in Norwegen und Deutschland ausgehen kann, wie zwischen den Sterblichkeitsziffern der beiden Länder.

Für die Versicherten, die keine Rente beziehen, und für die Altersrentenempfänger werden von der Kommission die allgemeinen norwegischen Sterblichkeitstabellen als Grundlage verwendet. Bei letzteren dienen jedoch die Sterblichkeitstabellen für weibliche Personen als Unterlage, da die Sterblichkeitsquote für diese niedriger ist als bei männlichen Personen. Es hat sich herausgestellt, daß die Sterblichkeit auch in Norwegen in Abnahme begriffen ist, und es wird angenommen, daß die Versicherung eine günstige Einwirkung auf die Lebensbedingungen und die Arbeitsverhältnisse der alten Personen haben wird.

Rechtsprechung.

Neue Rechtsprechung in Transportversicherungssachen.

Von Generalsekretär Dr. rer. pol. et jur. Brüders (Berlin).

(Schluß.)

E. Valorenversicherung.

Pflichten des Adressaten von Wertbriefen (deutsches Recht). Durch die Aufgabe des Wertbriefes entsteht, wie das Oberlandesgericht Colmar durch Urteil vom 26. IV. 1912 feststellt, zunächst zwischen der Post und dem Absender ein Beförderungsvertrag. Nimmt der Adressat den Wertbrief in Empfang, so entwickeln sich demnächst auch Rechtsbeziehungen einerseits zwischen ihm und der Post, anderseits zwischen ihm und dem Absender. Nur über die ersteren enthält die Postordnung in den §§ 33 ff. besondere Bestimmungen. Dagegen ist das für das Rechtsverhältnis zwischen dem Absender und dem Adressaten maßgebende Recht aus den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches, insbesondere aus den §§ 157 und 242, zu entnehmen. Daher muß sich derjenige, der einen an ihn adressierten Wertbrief von der Post entgegengenommen hat, so verhalten, wie es Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte erfordern. Bei Annahme eines Wertbriefes durch den Adressaten besteht dessen vertragliche Verpflichtung darin, daß er das Seinige dazu tut, daß dem Absender seine etwaigen Ersatzansprüche gegen die Postverwaltung nicht verloren gehen. Dazu gehört im Hinblick auf § 7 des Reichspostgesetzes insbesondere, daß der Adressat bei Aushändigung der Wertsendung sich davon überzeugt, daß der Verschluß des Briefes äußerlich unverletzt ist, und daß dessen Gewicht mit dem bei der Einlieferung übermittelten übereinstimmt. Daß der Adressat namentlich sich vom Gewicht des Briefes bei dessen Annahme zu überzeugen hat, dafür spricht der Umstand, daß er der Post in der Empfangsquittung ausdrücklich zu bescheinigen hat, einen Wertbrief von bestimmtem Gewicht erhalten zu haben. Stimmt das Gewicht nicht, so darf der Adressat den Brief nur „unter Erinnerung" des abweichenden Zustandes gegenüber der Postverwaltung annehmen, widrigenfalls er sich gegenüber dem Absender schadensersatzpflichtig macht, wenn diesem, infolge der Unterlassung des Adressaten, der aus einem Abhandenkommen des Inhalts des Briefes gegen die Post entspringende Ersatzanspruch verloren geht. („Zeitschrift für Versicherungswesen", Berlin, 6. XI. 1912, S. 624.)

F. Versicherungsrecht im allgemeinen.

Kulanz. Das Kammergericht äußert sich zur Frage, inwieweit der Versicherte aus dem Umstand, daß der Versicherer in früheren Fällen im Kulanzwege bestimmte Schäden reguliert hat, einen rechtlichen Anspruch in ähnlichen Fällen auch für die Zukunft herleiten kann, wie folgt: Wenn der Versicherte sich darauf beruft, daß die Versicherer in früheren Fällen Regenschäden vergütet haben, so bedarf es einer Beweiserhebung über diese von den Versicherern bestrittene Behauptung nicht, da, selbst wenn die Versicherer in früheren Fällen, wie das bei Versicherungsgesellschaften, wenn geringe Beträge in Frage stehen, häufig vorkommt, von ihrem vertragsmäßigen Rechte, die Entschädigung für Regenschäden abzulehnen, keinen Gebrauch gemacht haben sollten, hierin noch kein dauernder Verzicht auf ein derartiges Vertragsrecht gefunden werden kann. (Kammergericht Berlin, 27. II. 1912.)

Einschreibebriefe (franz. Recht). Wenn eine schriftliche Erklärung bis zu einem gewissen Zeitpunkte gegeben werden muß und dies in Form eines Einschreibebriefes geschieht, so ist der Augenblick der Empfangnahme des eingeschriebenen Briefes maßgebend, und nicht der Augenblick der Aufgabe an die Post. (Justice de paix, d'Ivry-sur-Seine, 4. IV. 1911; Zivilgericht Toulouse, 26. VII. 1912: „Argus", 30. III. 1913, S. 196.)

G. Frachtrecht.

I. Eisenbahnfrachtrecht.

Regreßklagen von Versicherungsgesellschaften (österr. Recht). Gegenüber Regreßansprüchen von Versicherungsgesellschaften gegen den Eisenbahnfiskus wird von diesem vielfach der Einwand erhoben, daß die Versicherungsgesellschaft zur Klage nicht legitimiert sei, da der eigentliche Geschädigte von der Versicherungsgesellschaft bereits Ersatz erlangt habe, daher nicht mehr geschädigt sei. Dieser Einwand ist in einem Erkenntnis des österreichischen obersten Gerichtshofes vom 12. VII. 1910 unter folgender Begründung zurückgewiesen worden: Die Revision des beklagten Ärars erblickt den Rechtsirrtum der beiden Unterinstanzen darin, daß die Einwendung, daß die durch den Brand Beschädigten keinen Schaden mehr haben, da ihnen dieser durch die Versicherungsgesellschaft bereits ersetzt worden ist, unberücksichtigt gelassen wurde. Diese Einwendung müsse sich nach Ansicht der Revision die Klägerin gefallen lassen, da ihr ja als Zessionärin nur dieselben Rechte wie dem Geschädigten selbst zustehen. Allein diese Anschauung des beklagten Ärars ist vollständig unbegründet. Hier kann es sich nur darum handeln, ob in der vom Ärar an den durch Brand Beschädigten im Grunde der Schadenszufügung zu leistenden Entschädigung und der an denselben von der Versicherungsgesellschaft im Grunde des Versicherungsvertrages zu leistenden Versicherungssumme eine Identität der Leistung vorliege. Diese Frage ist aber entschieden zu verneinen. („Assekuranz- und Finanz-Globus", 25. II. 1913, S. 3979.)

II. Binnenschiffahrtsrecht.

Haftung des Schiffers (deutsch. Recht). Ein Schiffer hatte mit einer gemieteten Schute eine Ladung Fischmehl nach Hamburg gebracht und die Schute während der Nacht an einer dem Empfänger gehörenden Anlegestelle unbewacht liegen lassen. In der Nacht sank die Schute weg, und die Versicherungsgesellschaft, welche dem Ladungseigentümer den entstandenen Schaden ersetzte, verlangte vom Schiffer Schadenersatz. Dieser wandte ein, daß die Anlegestelle mangelhaft gewesen sei, und der Unfall daher von deren Eigentümer zu vertreten sei. Das Gericht führte aus, daß die Anlegestelle zwar zum Laden und Löschen, aber nicht zur Vertäuung während der Nacht bestimmt gewesen sei, und daß ferner der Schiffer deren Gefährlichkeit sehr wohl gekannt habe. Wenn er seinen Kahn trotzdem während der Nacht dort liegen lassen wollte, sei er zu dessen gehöriger Bewachung verpflichtet gewesen. Für den entstandenen Schaden hafte er jedoch nicht persönlich, sondern nur mit Schiff und Fracht, da die Aufsuchung eines Liegeplatzes und die Bewachung der Schute zur Führung des Schiffes gehöre. (Hans. Oberlandesgericht, 17. VI. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 26. IX. 1912, S 229.) Das Urteil wurde am 11. IV. 1913 vom Reichsgericht bestätigt. Aus der Begründung ist folgendes hervorzuheben: Es fragt sich, ob das Unglück, das die Schute betroffen hat, auf einen nautischen Fehler des Schiffers beruht. Dies ist vom Berufungsgericht mit Recht bejaht worden. Zur Führung des Schiffes gehört das Anlegen und Wiederweglegen des Schiffes. Hier ist nun an einem durchaus unpassenden Liegeplatz angelegt worden, wo das Schiff außerordentlich schrägen Boden gefunden hat. Die Schute ist nur bei Eintritt der Ebbe auf Sand gekommen, weil sie nicht gehörig bewacht worden ist. Kausal für das Sinken ist also die Schuld des Schiffers gewesen, daß er seiner Bewachungspflicht nicht genügte. Jedenfalls hätte er seine Maßnahmen als unzureichend erkennen und besondere Vorkehrungen treffen müssen, weil er hat wissen müssen, daß der gefährliche Liegeplatz solche nötig machte. Diese Maßnahmen müssen aber zur Führung des Schiffes gerechnet werden. Dann aber ist auch richtig, daß der Schiffsführer mit Schiff und Fracht haftet. (Reichsgericht, 9. IV. 1913: „Das Schiff“, Berlin, 26. IV. 1913, S. 172.)

III. Seefrachtrecht.

Ausstellung von Konnossementen vor Übernahme der Ware (franz. Recht). Ein Kaufmann in Paris teilte einem Reedereiagenten in Marseille telegraphisch mit, daß eine genau bestimmte Partie Waren nach Marseille abgegangen sei, um daselbst auf ein bestimmtes Schiff verladen zu werden. Gleichzeitig wurde der Agent ersucht, schon vor Empfangnahme der Ware ein Konnossement auszustellen, in dem der Empfang der betreffenden Partie bescheinigt wurde. Der Agent entsprach diesem Ersuchen, und der Absender zog, gestützt auf dieses Konnossement, auf den Käufer der Waren einen Wechsel, welcher von diesem auch eingelöst wurde. Bei der

Ankunft der Waren in Marseille stellte sich aber heraus, daß dem Reedereiagenten von dem Pariser Kaufmann betrügerischerweise mehr Waren aufgegeben waren, als tatsächlich verladen waren. Der Käufer, welcher den Kaufpreis für die ganze Ladung bezahlt hatte, verlangte nun von dem Reedereiagenten und von dem von diesem vertretenen Reeder Ersatz des Schadens. Das Gericht gab dieser Klage statt, da die Ausstellung eines Konnossements vor Empfangnahme der Ware ein schweres Verschulden bedeute, das sowohl den Reedereiagenten, wie dessen Geschäftsherrn, dem gutgläubigen Konnossementsinhaber gegenüber verantwortlich mache. —

In ähnlicher Weise hatte im Falle des Dampfers „Galicia" der Appellhof in Rouen am 23. II. 1909 einen Reedereiagenten zum Schadensersatz verurteilt, weil er in dem Konnossement vermerkt hatte, daß die Ware bereits auf dem Schiff verladen sei, während sie tatsächlich noch in den Lagerhäusern, resp. in den Leichtern lag. („Lloyd Français", Paris, 11. X. 1912, S. 341.)

Beschädigt übernommene Güter (deutsch. Recht). Eine Kiste mit Pelzwaren sollte mit dem Dampfer „Cap Vilano" von Hamburg nach Buenos Aires verschifft werden. Der Dampfer konnte aber die Ladung erst einige Zeit nach Anlieferung entgegennehmen. Inzwischen lagerte die Kiste zum Teil unbewacht in einem Bollen. Nach Abgang des „Cap Vilano" wurden dem Ablader Pelze zur Verarbeitung übergeben, welche er sofort als aus der Kiste stammend erkannte, die auf dem „Cap Vilano" verladen worden war. Er benachrichtigte telegraphisch seine Filiale in Buenos Aires, und bei der Ankunft des „Cap Vilano" stellte es sich heraus, daß die Kiste in der Tat beraubt und an Stelle der Felle zwei Holzstücke hineingelegt worden waren. Der Empfänger verweigerte die Annahme des Konnossements und indossierte dasselbe auf den Ablader zurück. Dieser forderte nun von der Reederei Ersatz des Schadens in Höhe von 15 000 M., indem er ausführte, daß die Kiste bereits vor Übernahme seitens des Kapitäns beschädigt und beraubt, und daß hiervon im Konnossement entgegen der im § 658 des Handelsgesetzbuches ausgesprochenen Verpflichtung kein Vermerk gemacht worden sei. Der Reeder wandte ein, daß er laut Konnossement seine Haftung für gewöhnliche Sendungen auf 2 M. per Kubikmeter, und im Maximum auf 1000 M. pro Kollo beschränkt habe. Es wurde festgestellt, daß der Ablader dem Schiffsmakler den Wert der Kiste angegeben und auch die Fracht dem Wert entsprechend bezahlt hatte. Dagegen hatte er den Vorschriften des Konnossements nicht Rechnung getragen, wonach bei deklarierten Sendungen bestimmte Vorsichtsmaßregeln zu erfüllen sind. Die Kiste muß z. B. versiegelt, und sowohl auf der Kiste wie im Verladungsschein muß deren Wert vermerkt sein. Der Ablader wandte dagegen ein, daß er während vieler Jahre stets nur den Wert der Kiste deklariert und die entsprechende Fracht bezahlt habe, ohne die anderen vorgeschriebenen Bedingungen zu erfüllen. Das Gericht nahm jedoch an, daß die Erfüllung dieser Bedingungen Voraussetzung für Geltendmachung eines Schadensersatzanspruches in der Höhe des deklarierten Wertes sei. Ferner

wandte der Reeder ein, daß der Ablader zur Erhebung des Schadensersatzanspruches überhaupt nicht berechtigt sei, da er nicht als Empfänger im Sinne des § 658 HGB. gelten könne. Auch dieser Ansicht trat das Gericht bei. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 9. VII. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 21. XI. 1912, S. 277.)

Kommerzielles Verschulden des Kapitäns (ital. Recht). Die Klausel: „Sont exclus de la responsabilité de l'armateur tout acte, négligence ou erreur des pilotes, du capitaine ou de l'équipage dans le maniement ou la navigation du navire“ befreit den Reeder nur von der Haftung für nautische Fehler des Kapitäns, nicht aber für kommerzielle Fehler. Die Stauung und Löschung der Waren ist als kommerzielle Tätigkeit des Kapitäns zu betrachten, und der Reeder haftet daher für ein Verschulden, das sich der Kapitän hierbei zuschulden kommen ließ. (Appellhof Genua, 13. IX. 1911: „Autran, Revue internationale du droit maritime“, XXVII., S. 758.)

Deckladung. 1. franz. Recht. Die Reederei Fraissinet & Co. hatte 122 Fässer Wein für den Transport von Piräus nach Cette übernommen. Dreißig Fässer wurden auf Deck verladen und zehn davon gingen bei einem Sturm über Bord. Die Empfänger verlangten für diesen Verlust sowohl von der Reederei wie von der Versicherungsgesellschaft Ersatz. Das Konnossement über die Ladung enthielt folgende gedruckte Klausel: „Par dérogation à l'article 229 du Code de commerce, le capitaine et la Compagnie sont autorisés par les chargeurs à placer les marchandises sur le pont aux frais et risques des dites marchandises.“ Obgleich sich durch diese Klausel der Reeder allgemein das Recht vorbehalten hat, die Ladung auf Deck unterzubringen, so erklärte ihn das Gericht nichtsdestoweniger für verpflichtet, dem Ablader Anzeige zu machen, wenn er von diesem Recht Gebrauch mache. Tue er dies nicht, so sei er verantwortlich für den Schaden, welcher der Deckladung infolge eines Seeunfalles zustößt. Der Reeder wurde deshalb im vorliegenden Falle zur Bezahlung des Schadens verurteilt, dagegen wurde der Versicherer für nicht haftpflichtig erklärt, da ihm von der Verladung auf Deck, die eine erhebliche Erhöhung des Risikos bedeute, keine Anzeige gemacht worden sei. (Handelsgericht Marseille, 12. III. 1912: „Autran, Revue internationale du droit maritime, 1912, S. 707.)

2. holländ. Recht. Die Konnossementsklauseln: „shipped on deck at shipper's risk“ und „deck cargo at shipper's risk“ haben zur Folge, daß im Schadensfalle die Beweislast umgekehrt wird. An Stelle der gesetzlichen Regelung, wonach an sich der Reeder für einen Schaden haftet und sich nur durch den Nachweis befreien kann, daß der Schaden nicht durch einen Umstand verursacht worden ist, der durch ihn zu vertreten ist, ist der Reeder nach den erwähnten Klauseln für einen Schaden nur dann verantwortlich, wenn der Befrachter beweisen kann, daß der Schaden durch einen Umstand herbeigeführt worden ist, den der Reeder zu vertreten hat. Hierher gehört insbesondere ein Verschulden des Kapitäns. (Appellhof Haag, 14. II. 1910: „Le Droit maritime“, Brüssel, 1913, S. 88/89.)

Harter Act (amerik. Recht). Wenn der Schiffsoffizier die Ventilationsapparate falsch benutzt und dadurch die Ladung beschädigt,

so ist dies nicht ein Verschulden in der Führung des Schiffes nach Sektion 3 der Harter Act, sondern eine Nachlässigkeit oder ein Verschulden oder ein Irrtum in der Fürsorge für die Ladung, wofür der Reeder laut Sektion 1 der Harter Act aufzukommen hat. (United States District Court: „Shipping Illustrated", New-York, 8. II. 1913, Seite 161.)

Lagerung von Gütern vor der Verschiffung (franz. Recht). Eine Schiffahrtsgesellschaft hatte den Transport von Fellen von Kartum nach Marseille übernommen. Die Felle wurden zuerst mit der Eisenbahn befördert und in Port Sudan auf den Dampfer verladen. Ein Teil der Ladung kam mit starker Verspätung und beschädigt in Marseille an, und es wurde festgestellt, daß diese Felle in Port Sudan liegen geblieben waren. Das Gericht verurteilte die Schiffahrtsgesellschaft zum Schadensersatz mit der Begründung, daß sie sich nicht auf die verschiedenen Befreiungsklauseln des Konnossements berufen könne, da der Schaden eingetreten sei, bevor die Güter auf das Schiff verladen wurden. Insbesondere gebe auch die Konnossementsklausel, wonach die Felle mit dem Dampfer „A." oder mit einem anderen Dampfer hätten verladen werden können, der Reederei nicht das Recht, die Felle auf ganz unbestimmte Zeit in Port Sudan liegen zu lassen. Diese Klausel habe vielmehr nur die Bedeutung, daß der Reederei im Falle eines großen Andranges von Gütern ein gewisser, den Verhältnissen entsprechender Spielraum gelassen werde. (Handelsgericht Marseille, 1. IV. 1912: „Autran, Revue internationale du droit maritime", 1912, S. 64.)

Lagerung von Gütern nach der Entlöschung (engl. Recht). Ein Maschinenteil war einem Reeder zum Transport von London nach Hull übergeben worden. In Hull gestattete der augenblickliche Stand der Flut nicht, das Gut dort abzuladen, wo derartige Güter sonst gelagert werden. Das Gut wurde daher auf den Kai gelegt. Später beförderte die Mannschaft des Schiffes das Gut in einen Schuppen. Hierbei wurde es beschädigt. Der Eigentümer verlangte vom Reeder Schadensersatz. Dieser wandte jedoch ein, daß er sich im Konnossement von Verschulden der Mannschaft freigezeichnet habe. Der Richter erklärte indessen, daß die Entlöschung des Gutes in dem Augenblick erfolgt sei, wo es auf den Kai gelegt wurde. Wenn die Mannschaft später das Gut weiterbefördert habe, so kämen hierfür die Bestimmungen des Konnossements nicht mehr in Betracht. Der Reeder hafte deshalb für Handlungen seiner Vertreter, ohne Rücksicht auf die Freizeichnung im Konnossement. (Entscheidung des Gerichts in Hull vom 4. II. 1913: „Shipping Gazette and Lloyd's List", London, 3. II. 1913, S. 9.)

Schlechte Stauung. 1. engl. Recht. Eine Ladung Hafer (1200 Kisten) per Dampfer „Waverley" von Mystic Wharf, U. S. A., nach Rotterdam, kam in beschädigtem Zustande am Bestimmungsort an. Die Kisten waren im Zwischendeck verstaut. Im darunterliegenden Raum befand sich eine Maisladung. Der Eigentümer der Haferladung, die Quaker Oats Company, verklagte die Reederei auf Schadensersatz, weil ihre Ladung in zu großer Nähe des Mais verstaut



worden sei. Der Mais habe sich erhitzt und so schädigend auf den Hafer eingewirkt. Das Gericht entsprach der Klage und verurteilte die Reederei, weil sie den Hafer gegen die Einwirkung des erhitzten Mais nicht genügend geschützt habe. (King's Bench Division, 19. XII. 1912: „Shipping Gazette", 20. XII. 1912, S. 10.)

2. franz. Recht. Eine Ladung Mehl war durch die Reederei selbst in der Nähe von Kunstdünger verladen worden. Bei der Ankunft im Bestimmungshafen war die Ladung beschädigt. Die Reederei lehnte den Schadensersatz ab, mit der Begründung, daß sie sich für Verschulden des Kapitäns freigezeichnet habe. Dagegen berief sich der Ladungseigentümer darauf, daß die Stauung durch die Reederei selbst vorgenommen worden sei und sie daher für deren Fehlerhaftigkeit direkt verantwortlich sei. Das Gericht nahm jedoch an, daß es im Interesse der Sicherheit des Schiffes Pflicht des Kapitäns sei, die Stauungsarbeiten zu überwachen, und daß es daher ein Verschulden seinerseits bedeute, wenn er die Verladung empfindlicher Güter neben Kunstdünger zugelassen habe. Der Reeder könne sich deshalb darauf berufen, daß er sich im Konnossement von Verschulden des Kapitäns freigezeichnet habe. (Cass., 5. XII. 1910: „Autran", 1911, S. 437.)

Seeuntüchtigkeit des Schiffes infolge Fehlens von Längsschotten (deutsch. Recht). Der Dampfer „Maria Ruß" war für die Reise von Hamburg nach Nantes mit einer Ladung losen Getreides gechartert worden. Unterwegs ging der Dampfer total verloren. Die Versicherer des Getreides verlangten von den Reedern Ersatz des von ihnen bezahlten Schadens mit der Begründung, daß das Schiff seeuntüchtig gewesen sei, weil die bei einer Ladung losen Getreides erforderlichen durchgehenden Längsschotten gefehlt hätten. Die Reeder wandten ein, daß die Längsschotten zur Seetüchtigkeit des Schiffes an sich nicht erforderlich seien, sondern zur Verstauung gehörten, für welche der Kapitän aufzukommen habe. Das Gericht entsprach jedoch dem Antrage der Versicherer. Die Einrichtung von Schotten sei je nach der Ladung und der in Betracht kommenden Reise durch die Reeder vorzunehmen. Sie seien daher gemäß § 559 HGB. persönlich haftbar, wenn die mangelhafte Schotteneinteilung die Seeuntüchtigkeit des Schiffes bewirke. (Hans. OLG., 28. I. 1913: „Hanseatische Gerichtszeitung", 17. IV. 1913, S. 85.)

Verladung ohne Wissen des Kapitäns (belg. Recht). Um Waren, die ohne Wissen des Kapitäns auf das Schiff verladen und in das Schiffsjournal nicht eingetragen sind, braucht sich der Kapitän nicht zu kümmern. Die Konnossemente, die über solche Waren vom Schiffsmakler „for and by authority of the master" ausgestellt wurden, sind rechtlich bedeutungslos und können nicht als Grundlage für einen Schadensersatzanspruch dienen. (Handelsgericht Antwerpen, 28. VI. 1912: „Autran", 1912, S. 100.)

Verschulden des Reeders (amerik. Recht). Wenn ein Kapitän, der mehrmals im Nebel mit übermäßiger Geschwindigkeit gefahren ist, ohne daß davon dem Reeder etwas bekannt geworden ist, einem anderen Schiffe infolge übermäßiger Geschwindigkeit im Nebel Schaden zugefügt hat, so liegt kein eigenes Verschulden des Reeders

vor. Er geht daher seines Anspruchs auf Beschränkung der Haftpflicht nicht verlustig. (U. S. Circuit Court of Appeal: „Shipp. Ill.“, 8. II. 1913, S. 261.)

H. Große Haverei.

Administratives und nautisches Verschulden des Kapitäns (deutsch. Recht). Der Kapitän der „Kathleen“ mußte wegen Kohlenmangels einen Teil der Ladung verbrennen, und der Schaden wurde in Havariegrosse verteilt. Die Sachverständigen stellten fest, daß der Kapitän zu wenig Kohlen mitgenommen habe, da er in der betreffenden Jahreszeit für die in Betracht kommende Route mit widrigen Winden rechnen mußte. Als der Kapitän die Abnahme der Kohlen bemerkte, wäre noch Gelegenheit gewesen, einen Nothafen anzulaufen, um den Kohlenvorrat zu ergänzen. Dies wurde jedoch vom Kapitän unterlassen. Das Gericht verurteilte die „Kathleen“ zum Ersatz der von den Ladungsinteressenten geleisteten Havariegrosse-Beiträge. Darin, daß der Kapitän nicht genügend Kohlen mitgenommen habe, liege ein administratives Verschulden, für welches die Reederei laut ihrem Konnossement zu haften habe. Auch der Umstand, daß der Kapitän Pernambuco nicht als Nothafen angelaufen habe, nachdem er bemerkt hatte, daß der Kohlenvorrat nicht ausreichen werde, bedeute ein administratives Verschulden. (Reichsgericht, 30. IV. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 13. II. 1913, Seite 44.)

Beitragspflicht von Postsendungen (deutsch. Recht). Postwertsendungen sind nach der Havariegrosse-Praxis aller Länder zur großen Haverei niemals herangezogen worden. In dem Falle des deutschen Dampfers „Goeben“, der am 4. Mai 1910 in Brand geriet, wurde zum ersten Male versucht, mit dieser Praxis zu brechen. Der Bremer Dispacheur beanspruchte von dem Empfänger der Wertsendungen Aufgabe der Werte, um diese zur Beitragspflicht heranzuziehen. Die Empfänger verweigerten diese Angabe unter Berufung darauf, daß eine Beitragspflicht von Postwertsendungen nicht bestehe. Mit diesem Einwand drangen sie jedoch nicht durch, da das Verlangen des Dispacheurs von allen gerichtlichen Instanzen, zuletzt von dem Hanseatischen Oberlandesgericht durch Urteil vom 19. V. 1911 als berechtigt anerkannt wurde (vgl. S. 182 und 183 des vorjährigen Jahrganges dieser Zeitschrift). Das Urteil wurde fast von allen Interessenten lebhaft angefochten. Der Bremer Dispacheur nahm nunmehr die Postwertsendungen als beitragspflichtig in die Dispache auf. Die Empfänger verweigerten die Zahlung der Beiträge, wurden aber in der ersten Instanz zur Zahlung verurteilt. In zweiter Instanz kam die Frage vor denselben Senat des Hamburger Oberlandesgerichts, der im Jahre 1911 zugunsten des Dispacheurs entschieden hatte. Der Senat entschied jedoch jetzt durch Urteil vom 6. XII. 1912 (in Sachen der Deutsch-Asiatischen Bank gegen den Norddeutschen Lloyd) im entgegengesetzten Sinne. In der Begründung erklärte das Gericht nach eingehender Besprechung der Rechtslage, daß die Anwendung der havariegrosserechtlichen Haftungsvor-



schriften auf Postsachen teils rechtlich unmöglich, teils ohne Eintritt gewisser unerläßlicher Zufälligkeiten tatsächlich nicht durchführbar, außerdem aber mit den Bedürfnissen des öffentlichen Verkehrs nicht zu vereinigen sei. Unter diesen Umständen sei die Annahme begründet, daß das Gesetz eine solche in sein System nicht hineinpassende Haftbarkeit der Postsachen nicht gewollt habe.

Der Norddeutsche Lloyd hat gegen das Urteil Revision beim Reichsgericht eingelegt.

Festgeraten im Flusse (deutsch. Recht). Der Dampfer „Drumloist" war Ende Dezember 1910 und Anfang Januar 1911 auf seiner Fahrt den oberen Paranafluß hinab dreimal festgeraten. Das erste Mal kam er durch forciertes Arbeiten mit der eigenen Maschine los, die beiden anderen Male mußte er Leichter und Schlepper zu Hilfe nehmen, um wieder loszukommen. Die entstandenen Schäden und Kosten wollte der Reeder in Havariegrosse verteilen. Ein Ladungseigentümer verweigerte jedoch den Havariegrosse-Beitrag mit der Begründung, daß eine unmittelbare Gefahr für das Schiff nicht bestanden habe und daher die Voraussetzung für die Havariegrosse nicht gegeben gewesen sei. Das Gericht war aber entgegengesetzter Ansicht und führte insbesondere aus: Gerät auf dem oberen Parana ein flußabwärtsfahrender, beladener Dampfer auf Grund, so muß der Führer damit rechnen, daß aus einem solchen Unfall eine gemeinsame Gefahr für Schiff und Ladung erwächst, wenn er nicht rasch und energisch die geeigneten Maßnahmen ergreift, um das Schiff von der Bank wieder abzubringen. Je länger er hiermit zögert, desto größer wird die Gefahr. Wenn also der Dampfer „Drumloist" jedesmal in verhältnismäßig kurzer Zeit wieder flott wurde, so ist dies nicht ein Beweis für die Gefahrlosigkeit des Unfalls, sondern dafür, daß durch das entschlossene Handeln des Führers das weitere Anwachsen der Gefahr für Schiff und Ladung verhütet wurde. Insbesondere bestehe die Gefahr, daß der Sand weggespült werde und daher das Schiff entzweibreche. Ferner könne das Schiff auf einen der dort liegenden Steinblöcke aufstoßen, und endlich sei auch in dem Engpaß des oberen Parana die Gefahr sehr groß, daß das gestrandete Schiff mit einem vorbeifahrenden Schiff kollidiere. Der Ladungseigentümer wurde daher zur Beitragsleistung in Havariegrosse verurteilt. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 26. IX. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 5. XII. 1912, S. 289.)

Négligence-Klausel (amerik. Recht). Nach der deutschen, französischen, englischen und italienischen Rechtsprechung unterliegt es keinem Zweifel, daß der Reeder beim Vorliegen der Nachlässigkeitsklausel einen Ersatz der durch den Schiffer verschuldeten Schäden in großer Haverei beanspruchen kann. Das gleiche ist jetzt mit dem „Jason-Fall" für Nordamerika ausgesprochen worden, wo bisher die entgegengesetzte Rechtsauffassung bestand. In dem betreffenden Falle war der norwegische Dampfer „Jason" mit einer Ladung Zucker von Kuba nach New-York abgegangen. Unterwegs, am 30. Juli 1904, strandete er infolge fehlerhafter Navigierung und konnte erst mit Hilfe von Bergern abgebracht werden, nachdem ein Teil der Ladung

geworfen war. Das Konnossement enthielt die Klausel, daß der Schiffseigentümer den Schaden am Schiffe über Schiff, Fracht und Ladung in Havariegrosse verteilen könne, wenn die übrigen Voraussetzungen zu einer derartigen Verteilung gegeben seien, und zwar auch dann, wenn der Kapitän den Unfall, der zur Havariegrosse führte, verschuldet habe, unter der Voraussetzung allerdings, daß das Schiff seetüchtig und die Ladung ordnungsmäßig verstaut gewesen sei. Die Dispacheure in New-York nahmen die am Schiff entstandenen Schäden und die vom Schiffseigentümer verauslagten Bergelöhne, ebenso wie auch Ersatz für die geworfene Ladung in die Dispache auf. Hiergegen erhoben alle Beteiligten Einspruch. Die Reeder erklärten, daß die Harter Act in dem Sinne zu interpretieren sei, daß sie nur für die Seetüchtigkeit und die richtige Stauung haftbar seien. Allein das Gericht stellte fest, daß zwar der Umfang der gesetzlichen Haftpflicht durch Sektion 1 und 2 der Harter Act begrenzt sei. Allein es steht nichts im Wege, daß die Parteien durch Vertrag eine weitergehende Haftung der Schiffseigentümer festsetzen. Im vorliegenden Falle sei eine derartige Klausel im Konnossement enthalten, und eine solche Konnossementsbestimmung sei durchaus rechtsgültig, da sie weder einem Gesetz noch dem öffentlichen Interesse irgendwie widerspreche. Dagegen sei auch der Standpunkt der Ladungseigentümer irrig, welche behaupten, die oben zitierte Klausel des Konnossements widerspreche den Bestimmungen der Harter Act und sei deshalb nichtig. Ein derartiger Widerspruch mit der Harter Act liege nicht vor, und die Klausel sei deshalb als für die Parteien verbindlich anzusehen. Es wurden daher sowohl die den Ladungseigentümern wie auch den Schiffseigentümern entstandenen Schäden und Kosten über Schiff, Fracht und Ladung in Havariegrosse verteilt. (Supreme Court of the United States, 13. V. 1912: „Zeitschrift f. Versicherungs-Wesen“, 28. VIII. 1912, S. 491.)

J. Schiffskollision.

Beobachtung der Seestraßenordnung (amerik. Recht). Ein Schiff hat das Recht, anzunehmen, daß ein in der Nähe befindliches Schiff die Vorschriften der Seestraßenordnung und die allgemein üblichen Gebräuche über die Vermeidung von Schiffskollisionen beobachtet. Der Kapitän darf daher dementsprechend sein Verhalten einrichten. (United States District Court: „Shipp. Ill.“, 8. II. 1913, S. 161.)

Fahrtgeschwindigkeit im Nebel. 1. engl. Recht. Der Segler „Active“ lag an der Mündung des Tyne, während der nach Hamburg bestimmte Dampfer „Bromsgrove“ außerhalb derselben fuhr. Es herrschte dichter Nebel, so daß ein Schiff nur 100 Fuß weit zu erkennen war. Trotzdem beide Schiffe — abgesehen von der Geschwindigkeit des Dampfers — die notwendige Sorgfalt anwandten, Nebelsignale abgaben und scharfen Ausguck hielten, kollidierten die Schiffe. Der Gerichtshof schob die Schuld an der Kollision dem Dampfer zu. Dieser sei zwar langsam (mit 3 Knoten Geschwindigkeit) gefahren, er hätte jedoch noch langsamer, nämlich mit einer Geschwindigkeit von nur 1½ bis 2 Knoten, fahren können, denn ein

Schiff von solcher Größe könne nicht bei 3 Knoten Fahrt innerhalb der 100 Fuß Sehweite angehalten werden.

2. deutsch. Recht. Eine Geschwindigkeit von 6 bis 7 Knoten pro Stunde bei dickem Nebel ist für den Bremerhavener Dampfer „Deike Rickmers“ als Verstoß gegen § 16 der Seestraßenordnung bezeichnet worden. Die für diesen Fall angemessene Maximalgeschwindigkeit beträgt nach Ansicht des Gerichts nur 5 Knoten. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 27. XII. 1911: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 29. VIII. 1912, S. 211.)

Höhe des Schadens. 1. amerik. Recht. Das beschädigte Schiff ist berechtigt, die Kosten, die dadurch entstehen, daß die Schäden photographisch aufgenommen und die Aussagen auswärtiger Zeugen übersetzt werden, von dem kollidierenden schuldigen Schiffe ersetzt zu verlangen. (U. S. Circuit Court of Appeal: „Shipp. Ill.“, 8. II. 1913, Seite 161.)

2. belg. Recht. Die Mannschaft eines Schiffes, das durch die Schuld eines anderen Schiffes zum Sinken gebracht wurde, hat keinen Anspruch auf Schmerzensgeld für die ausgestandene Angst und die Gefahr des Ertrinkens, der sie während zehn Minuten im Meer ausgesetzt waren, bevor ihre Rettung bewerkstelligt werden konnte. (Handelsgericht Antwerpen, 6. V. 1912: „Droit maritime“, Jan. 1913, Seite 56.)

Personenschäden (deutsch. Recht). Zwei Dampfer waren im Kaiser-Wilhelm-Kanal zusammengestoßen. Dabei hatte sich der beklagte Dampfer auf der falschen Seite des Fahrwassers befunden. Wer die Schuld an dem Zusammenstoß trug, konnte nicht festgestellt werden. Das Hanseatische Oberlandesgericht erklärte den Eigentümer des beklagten Dampfers für schadensersatzpflichtig. Die Tatsache, daß dieser Dampfer sich auf der falschen Seite des Fahrwassers befand, begründe einen prima facie - Schuldbeweis. — Das Reichsgericht hob das Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts auf und führte aus, daß das beklagte Schiff sich allerdings auf der falschen Fahrwasserseite befunden habe, daß aber nicht festgestellt sei, ob dieser Umstand auf ein Verschulden des Zwangslotsen oder der Mannschaft zurückzuführen sei. Da aber nach § 738 HGB. der Reeder für das Verschulden eines Zwangslotsen nicht hafte, so würde ein prima facie - Beweis gegen den Reeder nur dann vorliegen, wenn festgestellt wäre, daß der beklagte Dampfer sich infolge Verschuldens der Mannschaft auf der falschen Fahrwasserseite befunden habe. Dieser Beweis sei nicht erbracht und daher die Klage abzuweisen. (Reichsgericht, 16. X. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung“, 13. II. 1913, S. 40.)

K. Schleppschiffahrtsrecht.

Verschulden des Schleppers. 1. amerik. Recht. Der französische Segler „Admiral Cécille“ ließ sich von einem Schlepper in den Hafen schleppen, um dort abzuwarten, bis sich der dichte Nebel aufgeklärt hatte. Der Schlepper brachte den Segler bei dichtem Nebel an eine Stelle, an der Schiffe nur mit spezieller Erlaubnis des Hafen-

meisters vor Anker gehen dürfen. Der Segler blieb dort 24 Stunden liegen, obschon sich in der Zwischenzeit der Nebel hier und da gelichtet hatte, und kollidierte mit einem anderen Schiffe. Das Gericht verurteilte den „Admiral Cécille" zum Ersatz des halben Schadens, da ihn an der Kollision deshalb ein Verschulden träfe, weil er einen unrichtigen Ankerplatz aufgesucht habe. Der Eigentümer des „Admiral Cécille" verlangte nunmehr von dem Schlepper Ersatz für den durch die Kollision entstandenen Schaden. Das Gericht verurteilte den Schlepper demgemäß, da er verpflichtet gewesen sei, den Segler an die richtige Ankerstelle zu bringen, sobald sich der Nebel einigermaßen gelichtet hatte. (Appellhof d. 9. Bezirks, 5. II. 1912: „Autran", April 1912, S. 890.)

2. deutsch. Recht. a) Ein Schlepper und das von ihm geschleppte Schiff waren auf der Fahrt von Kopenhagen nach Stettin auf Strand geraten und schwer beschädigt worden. Der Unfall wurde dadurch herbeigeführt, daß keine Lotungen vorgenommen worden waren. Sowohl der Schlepper als auch das geschleppte Schiff klagten gegeneinander auf Ersatz des Schadens, indem einer dem andern die Schuld an dem Unfall beimaß. Das Gericht verurteilte den Schlepper zum Ersatz der Hälfte des entstandenen Schadens, indem es folgendes ausführte: Der Schleppvertrag, den die Parteien geschlossen hätten, stelle sich rechtlich als Dienstvertrag dar, der auf jeden Fall den Schlepper zur gehörigen Sorgfalt verpflichtet habe. Nun lasse sich zwar kein allgemeiner Grundsatz aufstellen, wer die Wassertiefe loten müsse, der Schlepper oder das geschleppte Schiff. Das sei vielmehr stets Frage des Einzelfalles. Auf keinen Fall dürfe sich aber der Schlepper ganz auf das geschleppte Schiff verlassen und annehmen, daß dieses richtig loten werde. Dies gehe schon um deswillen nicht an, weil der Schlepper dem geschleppten Schiffe weit vorausfahre. Das geschleppte Schiff verkenne zwar auch seine Pflicht, die ihm der Zweck der gemeinsamen Schleppschiffahrt, glücklich zum Ziele zu gelangen, auferlege, wenn es lediglich dem Schlepper nachsteuere. Das geschleppte Schiff müsse auch den Kurs nachprüfen und einen falschen Kurs des Schleppers richtigstellen. Wenn das geschleppte Schiff das nicht tue, so werde es aber lediglich mitschuldig an dem eigenen Schaden. Die Unterlassung des Lotens berühre deshalb nur die Haftung für den dem geschleppten Schiffe selbst erwachsenen Schaden. Für seinen eigenen Schaden müsse der Schlepper selbst aufkommen. (Reichsgericht, 18. XII. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 27. III. 1913, S. 79.)

b) Wird ein Seeschiff geschleppt, so haftet es nach der bisherigen Rechtsprechung für das Verschulden einer Person der Besatzung des Schleppers, indem man annimmt, daß der Schlepper gleichsam die nach außen verlegte Triebkraft des Seeschiffes ist und die Befehle vom Kapitän des Seeschiffes erhält. Diese Auffassung läßt sich jedoch für einen Seeleichter nicht aufrechterhalten, vielmehr ist der Seeleichter bezüglich der Haftungsfrage für das Verschulden des Schleppers ebenso zu behandeln wie ein geschlepptes Binnenschiff, dessen Eigentümer nach der Rechtsprechung für ein Verschulden des



Schleppers nicht haftet. Einmal ist ein Seeleichter einem Flußkahn in Bauart und Handhabung sehr ähnlich. Sodann befindet sich auch die nautische Leitung des Schleppzuges ebenso wie in der Binnenschiffahrt beim Kapitän des Seeschleppers. (Reichsgericht, 13. I. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 8. VIII. 1912, S. 191.)

L. Sonstige Rechtsgebiete.

Haftung des Staates für Hafenanlagen (deutsch. Recht). Ein Leichter wurde im Kohlenhafen von Hamburg dadurch beschädigt, daß ein aus dem Pfahl ragender Bolzen ihn durchlöcherte. Der Eigentümer verlangte Ersatz vom Staate Hamburg. Dieser wandte ein, es sei bei der großen Zahl von Pfählen unmöglich, dafür zu sorgen, daß sich alle diese Pfähle stets in vollständig tadellosem Zustande befinden. Das Gericht trat dieser Ansicht bei, indem es ausführte: Es bedeutet noch kein Verschulden, wenn in den ausgedehnten Hafenanlagen und ihren Einrichtungen einmal ein geringfügiger Mangel, der möglicherweise Schaden anrichten kann, nicht sofort bemerkt und beseitigt wird. Die Anlagen stets und in jedem Augenblick in solchem Grade der Vollkommenheit zu halten, daß jede Schädigung eines Schiffes ausgeschlossen wird, ist unmöglich. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 17. II. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 11. IV. 1912, S. 91.)

Haftung des Staates für Zoll- und Polizeifahrzeuge. Das Reichsgericht hat im Falle des Kreuzers „Lübeck" entgegen seiner bisherigen Praxis den Staat für Verschulden des Kommandanten mit dem Werte des Kriegsschiffes für haftpflichtig erklärt (Entscheidungen des Reichsgerichts, Band 79, S. 179 ff.). Den gleichen Grundsatz erklärte das Hanseatische Oberlandesgericht auch auf Zoll- und Polizeifahrzeuge für anwendbar. In dem fraglichen Falle handelt es sich um die Kollision eines Kahnes mit der dem Hamburger Staat gehörenden Polizeibarkasse im Hamburger Hafengebiet. Aus der Begründung des Urteils ist folgendes hervorzuheben: Die Berufung des Staates darauf, der Barkassenführer habe in Ausübung der ihm anvertrauten Polizeigewalt gehandelt, ist nicht geeignet, die Haftung des Staates für den bei der Kolilsion entstandenen Schaden auszuschließen. Dieselben Erwägungen, welche das Reichsgericht neuerdings dazu geführt haben, für das Gebiet des Seeverkehrs den in den Entscheidungen des Reichsgerichts, Band 72, S. 347 (Fall „Zähringen") eingenommenen Standpunkt wieder aufzugeben und die Haftung des Reiches für durch Kriegsschiffe verschuldete Kollisionsschäden zu bejahen, rechtfertigen auch für den Binnenschiffahrtsverkehr die grundsätzliche Unterstellung aller staatlichen Zoll- und Polizeifahrzeuge unter die im Binnenschiffahrtsgesetz festgelegte Haftung des Schiffseigners für den durch die Besatzung seines Fahrzeuges verschuldeten Kollisionsschaden. Es mag genügen, hierfür auf die Entscheidungsgründe jenes Urteils zu verweisen. Dabei ist jedoch in gleicher Weise wie für den Seeverkehr die Einschränkung zu machen, daß Fälle vorkommen können, wo die sonst gegenüber anderen Fahrzeugen gebotenen Regeln der Vorsicht von

einem solchen Staatsfahrzeug nicht befolgt werden können, weil andere und höhere Rücksichten des Staatswohls in Frage stehen. Man denke z. B. an den Fall, daß eine Polizeibarkasse schwere Verbrecher auf frischer Tat verfolgt. In derartigen Fällen aber versagt die Haftung des Staates nicht deshalb, weil sich die betreffenden Beamten in der Ausübung öffentlicher Gewalt befunden haben, sondern weil ihnen kein *Verschulden* zur Last fällt. Daß nun aber ein solcher Ausnahmefall hier in Frage kommt, hat der Beklagte selbst nicht behauptet. Es muß daher bei der Haftung des Staates für den durch die Polizeibarkasse verschuldeten Kollisionsschaden sein Bewenden behalten. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 5. III. 1913: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 2. V. 1913, S. 107.)

Haftung für Verschulden von Lotsen (deutsch. Recht). In folgenden beiden Fällen ist eine Haftpflicht des Staates für Verschulden von Lotsen nicht als vorliegend erklärt worden: Der Dampfer „Southport" wurde von dem Schlepper „Fairplay", der dem Hamburgischen Staat gehört, geschleppt. Der Schlepper kollidierte mit einem Duc d'Alben, und zwar infolge eines Verschuldens des auf dem Dampfer „Southport" befindlichen Hafenlotsen. Der Hamburgische Staat verlangte von dem Reeder des Dampfers „Southport" Ersatz für den dem Schlepper „Fairplay" entstandenen Schaden. Der Reeder wandte dagegen ein, daß die Beschädigung von dem Hafenlotsen, der den Dampfer bediente, verschuldet worden sei, und dieses Verschulden von dem Hamburgischen Staat vertreten werden müsse. Das Gericht erklärte jedoch den Ersatzanspruch des Hamburgischen Staates für berechtigt: Nach dem Hamburgischen Gesetz habe die Führung des Schiffes bei dessen Kapitän zu bleiben, auch wenn ein Hafenlotse an Bord sei. Der Hamburgische Staat hafte für ein Verschulden des Hafenlotsen nur, wenn nachgewiesen werde, daß er bei dessen Auswahl nicht die nötige Sorgfalt angewandt habe. (Hanseatisches Oberlandesgericht, 22. XI. 1912: „Hanseatische Gerichts-Zeitung", 9. I. 1913, S. 11.)

Der Dampfer „Vendsyssel" passierte am 27. X. 1908 unter Führung des Kanallotsen M. den Kaiser-Wilhelm-Kanal in der Richtung von West nach Ost. In der Nähe vom Audorfer See havarierte das Schiff, wie die Reederei behauptet, infolge Verschuldens des Lotsen, der ein Haltesignal nicht richtig abgegeben haben soll. An Reparatur- und Bergungskosten sowie an Nutzungsverlust entstand der Reederei ein Schaden von über 51 000 M. Dieser Betrag wurde gegen das Deutsche Reich eingeklagt, und zwar auf Grund von § 278 BGB., wonach man für ein Verschulden der Person, deren man sich zur Erfüllung von Verbindlichkeiten bedient, in gleichem Umfange einzustehen hat wie für eigenes Verschulden. Landgericht und Oberlandesgericht Kiel haben die Klage abgewiesen. Zur Begründung sagt das Oberlandesgericht: Die Reederei meint, durch die Gestellung des Kanallotsen habe der Fiskus mit dem durch den Kanal gelotsten Schiffe einen Dienstvertrag abgeschlossen und hafte daher gemäß § 278 BGB. für Verschulden des Lotsen. Das ist vom Landgericht mit Recht verneint worden. Die Vorschriften der

Betriebsordnung für den Kaiser-Wilhelm-Kanal über den Lotsenzwang tragen öffentlich-rechtlichen Charakter. Die Gebühr für die Benutzung des Kanals ist eine öffentlich-rechtliche Abgabe. Durch die Ausfüllung des Anmeldeformulars seitens des Schiffers und die Zulassung des Schiffes zur Durchfahrt kommt daher kein Vertrag zustande. Auch die Bezeichnung „Rechtsverhältnis zwischen Kanalverwaltung und Schiffer" in dem Anmeldeformular kann an dieser Auffassung nichts ändern. Eine Verpflichtung des Reiches, die diesem, dem einzelnen Schiffer oder Reeder gegenüber eine schuldnerähnliche Stellung geben würde, ist nicht anzuerkennen. Der Fiskus haftet deshalb nicht vertragsrechtlich, sondern nur nach den Vorschriften über unerlaubte Handlungen. — Das Reichsgericht hat die von der Klägerin eingelegte Revision zurückgewiesen und das Urteil des Oberlandesgerichts bestätigt. (Reichsgericht, 31. I. 1913: „Hanseatische Gerichtszeitung", 5. VI. 1913, S. 138.)

Entscheidungen auf dem Gebiet des Feuerversicherungswesens.

Von A. Petersen,
Regierungsrat im Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung. (Berlin.)

(Schluß.)

Der Versicherungsfall.

1. „Bagatellschäden."

In der Frage, ob Bagatellschäden zu entschädigen sind, gehen die Meinungen der Gerichte nach wie vor auseinander.

a) Das Landgericht I Berlin hat sich in einem Urteil vom 29. IX. 1910 (Ver. A. f. P. 1911* S. 72) auf den Standpunkt gestellt, daß jedes Verbrennen, nicht bloß das durch elementare Ereignisse hervorgerufene, in einem weiteren Sinn ein Brandereignis darstelle. Im vorliegenden Fall war durch Herabfallen eines zersprungenen heißen Gaszylinders ein Perserteppich angesengt worden. Ausgeschlossen seien nach der Entstehungsgeschichte des VVG. keineswegs Kleinschäden allgemein, sondern nur Schäden durch ein Feuer, dem die Sache „bestimmungsgemäß" ausgesetzt war. Maßgebend für die Verurteilung war außerdem der Umstand, daß die Gesellschaft unter der Herrschaft des ersten Versicherungsvertrags, der demnächst prolongiert worden war, einen gleichartigen Schaden ohne jeden Vorbehalt ersetzt hatte.

b) Den gleichen Standpunkt vertritt ein Urteil des LG. Hamburg vom 3. II. 1911 (Ver. A. f. P. 1911* S. 73), das wegen seiner sehr ausführlichen Begründung von besonderem Interesse ist. Es handelte sich um die Beschädigung einer Hose durch eine brennende Zigarette.



Der allgemeine Sprachgebrauch mache keinen Unterschied zwischen „Feuer“ und „Brand“. Auch in diesem Urteil wird sodann auf die seither übliche Kulanz der Versicherungsgesellschaften hingewiesen, welche dadurch selbst die Veranlassung gegeben hätten, daß die Versicherungsnehmer das Wort „Brand“ in den Bedingungen *jedenfalls heute* nicht mehr als „gefährliches Ereignis“ auffassen.

c) In einem anderen Urteil des LG. Hamburg vom 29. X. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 841) hält das Gericht an seinem Standpunkt fest. Hier waren nach der Behauptung des Klägers Möbelstücke dadurch verbrannt, daß aus einem ihnen zu nahe gebrachten Petroleumofen Flammen herausschlugen. Das Gericht verurteilte, da eine Entschädigungspflicht auch dann bestehe, wenn die Möbel nicht durch ein Herausschlagen der Flamme verbrannt, sondern nur durch die dem Ofen entströmende Hitze versengt sein sollten. Maßgebend sei die Auffassung des Verkehrs, und diese sei beeinflußt durch die seitherige Praxis der Gesellschaften, welche *seither* regelmäßig derartige Schäden ersetzt hätten.

d) Für die entgegengesetzte, auch vom Aufsichtsamt geteilte Auffassung, ist ein Urteil des Amtsgerichts Bromberg vom 25. IV. 1912 zu erwähnen (Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 182). Hier wurde die Entschädigungsklage abgewiesen, da für den Begriff des Brandes die „Gefahr eines unbeherrschbaren Weitergreifens“ notwendige Voraussetzung sei.

e) Den gleichen Standpunkt vertreten in verschiedenen Fällen von „Sengeschäden“ die Urteile des AG. Königsberg vom 16. II. 1911, des AG. und LG. Danzig (Mitteillungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 222) und des AG. Frankfurt a. M. vom 9. V. 1913 (Deutsche Versicherungszeitung 1913 S. 231).

2. Haftung des Versicherungsnehmers für fremdes Verschulden.

a) In dem oben erwähnten Fall, welcher durch das Urteil des LG. Hamburg vom 29. IX. 1912 entschieden wurde (s. „Bagatellschäden“ unter c), hatte die beklagte Gesellschaft ihre Entschädigungspflicht auch mit der Einrede bestritten, daß der Schaden durch grobe Fahrlässigkeit verursacht worden sei. Diese Einwendung wurde zurückgewiesen, denn diese Bestimmung der Bedingungen befreie den Versicherer nur dann, wenn der *Versicherungsnehmer* den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt habe. Diese Vorschrift sei ihrem klaren Wortlaut nach nicht auf das Verhalten der Familienangehörigen oder der Dienstboten anwendbar, da andernfalls die Versicherung ihren Zweck zum größten Teil verfehlen würde. § 278 BGB. könne daher gegenüber der besonderen vertragsmäßigen Regelung keine Anwendung finden.

b) Den gleichen Standpunkt vertritt das OLG. Königsberg in seinem Urteil vom 29. III. 1912 (Ver. A. f. P. 1912* S. 117). § 10 der Versicherungsbedingungen und der gleichlautende § 61 VVG. legen dem Versicherungsnehmer keine Schuldverbindlichkeit gegen den Versicherer, also nicht eine besondere Vertragspflicht zur Nichtherbei-

führung des Versicherungsfalls auf, sondern machen nur den Anspruch gegen den Versicherer von der Erfüllung einer Bedingung, dem Nichtvorliegen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit, abhängig. § 278, der von der Erfüllung einer *Verbindlichkeit* spreche, sei daher nicht anwendbar; daher brauche der Kläger für ein Verschulden seiner Ehefrau unter diesem Gesichtspunkt nicht einzutreten (RG. 66 S. 192; 58 S. 346). Die §§ 2156, 2235 des ALR. II. 8, nach denen der Versicherer für keinen durch die Ehefrau des Versicherungsnehmers verursachten Schaden hafte, gelten nicht mehr, und § 67 Abs. 2 VVG. spreche sogar für die Ansicht des Gerichts.

c) Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt dagegen das LG. I Berlin in dem Urteil vom 28. VII. 1913 (Stallmanns VZ. 1913 S. 2341). Hier wird entschieden, das grobe Versehen ihres Ehemanns müsse sich die Klägerin als Versicherungsnehmerin entgegenhalten lassen.

d) In gleichem Sinn hat das OLG. Hamburg entschieden für das Verhältnis mehrerer Miterben untereinander, indem es ausspricht, daß die Brandstiftung durch einen der Miterben den Versicherer auch den anderen gegenüber von seiner Leistungspflicht befreie. (Urteil vom 12. II. 1912; „Versicherungsrecht“, Beilage zur Österreichischen Versicherungszeitung 1912 S. 677.)

3. **Aufwendungen für Rettungsarbeiten. Beschädigte Kleidungsstücke.** (Urteil des LG. I Berlin vom 20. XI. 1911; Ver. A. f. P. 1912* S. 40.)

Der Obermeister einer Fabrik leitete beim Brand der Fabrikanlage die ersten Löscharbeiten und erlitt dabei durch Beschädigung seiner Kleidung einen Schaden. Dieser wurde durch einen Brandversicherungsverein, dessen Mitglied er war, ersetzt. Der Verein nahm, auf Grund einer Abtretungserklärung des Geschädigten, im Weg des Regresses die Feuerversicherungsgesellschaft in Anspruch, bei welcher die Fabrik versichert war. Die Klage wurde in erster Instanz abgewiesen, war dagegen in der zweiten von Erfolg. Der Anspruch war gestützt auf „Geschäftsführung ohne Auftrag“ (§ 683 BGB.). Das Gericht hielt den Anspruch hiernach für begründet, denn der Geschädigte habe zweifellos die Absicht gehabt, der Ausbreitung des Feuers, so weit es in seinen Kräften stand, entgegenzutreten, und damit habe er objektiv das Interesse aller beteiligten Versicherungsgesellschaften wahrgenommen. Es könne auch keinem Zweifel unterliegen, daß die Löschhilfe dem wirklichen und mutmaßlichen Willen jeder an dem Brand beteiligten Versicherungsgesellschaft entsprechen mußte.

Gegen dieses Urteil ist einzuwenden, daß bei einer solchen Gesetzesauslegung die Entschädigungspflicht des Versicherers über den Rahmen des Versicherungsvertrags hinaus ins Uferlose erweitert werden könnte, und daß gegenüber solchen Ansprüchen, die Richtigkeit des Urteils vorausgesetzt, die in den Versicherungsverträgen vorgesehene und technisch durchaus notwendige Begrenzung der Versicherungsleistung auf einen Höchstbetrag völlig wirkungslos sein würde. Das Urteil beruht auf einer Verkennung des Begriffs des „Geschäftsherrn“.

Als solcher kam hier allenfalls der Eigentümer der Fabrik, nicht aber der nur mittelbar interessierte Versicherer in Betracht. Wollte man der Ansicht des Gerichts folgen, so würde man dazu kommen müssen, auch andere, nur mittelbar beteiligte Personen, etwa die Hypothekengläubiger, als „Geschäftsherren“ anzusehen. Die Entschädigungspflicht des Versicherers ist vertraglich beschränkt auf Schäden, die an den versicherten Sachen entstehen. Daß mittelbar auch ein Interesse des Versicherers durch die Tätigkeit des Klägers wahrgenommen worden ist, kann eine darüber hinausgehende Entschädigungspflicht nicht begründen und die Anwendung der Grundsätze über die Geschäftsführung ohne Auftrag dem Versicherer gegenüber nicht rechtfertigen. Ob etwa gegen den Eigentümer der Fabrik ein Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag bestand, kann hier dahingestellt bleiben.

4. Versicherungslokalität. — Wäsche auf dem Hausboden. (Urteil des LG. I Berlin vom 24. I. 1910; Ver. A. f. P. 1911* S. 79.)

Die Beklagte bestritt ihre Ersatzpflicht für die zum Trocknen auf dem Hausboden aufgehängte Wäsche deshalb, weil der Kläger im Antrag neben die Frage: „Welcher Betrag bis zu höchstens 5 % des häuslichen Mobiliars soll sich auf dem Hausboden befinden?“ einen Strich gesetzt hatte. Daraus folge, daß der Kläger Gegenstände des Hausmobiliars auf dem Hausboden nicht versichern wollte. Dieser Einwand wurde zurückgewiesen. Nach den Bedingungen sei es dem Versicherten sogar gestattet, die versicherten Gegenstände innerhalb des ganzen Deutschen Reichs in andere Lokalitäten zu bringen, als im Antrag angegeben sei. Die Verpflichtung der Beklagten bliebe in allen Fällen des Wohnungswechsels zunächst unberührt. Im vorliegenden Fall sei die Wäsche zudem nur *vorübergehend* auf den Boden zum Trocknen gebracht worden. Es sei anzunehmen, daß Kläger seinerzeit geglaubt habe, die Beklagte denke bei jener Frage an Gegenstände, die sich ständig oder für längere Zeit auf dem Hausboden befinden.

5. Umfang des Schadens.

a) Teilweises Verbrennen einer Möbelgarnitur. Direkter Schaden? (Urteil des Landgerichts Lübeck vom 1. II. 1910; Ver. A. f. P. 1911* S. 78.)

Von einer aus einem Sofa und vier Stühlen bestehenden Möbelgarnitur war das Sofa teilweise verbrannt. Die Sachverständigen hatten den Schaden auf 170 M. festgesetzt. Kläger beansprucht diesen Betrag. Sein Schaden belaufe sich auf diese Höhe, da er denselben Möbelstoff wie den beschädigten nicht mehr beschaffen könne und daher gezwungen sei, nicht nur das Sofa, sondern auch die vier dazu gehörigen Stühle neu überziehen zu lassen. Die Beklagte wurde nach Antrag verurteilt. Ausschlaggebend sei nicht, ob das einzelne Möbelstück auch ohne die übrigen benutzt werden könne, entscheidend sei vielmehr, daß eine solche Möbelgarnitur nach der allgemeinen An-



schauung als untrennbar zusammengehörig angesehen werde, wie auch von den Sachverständigen übereinstimmend bestätigt worden sei.

b) Unwahre Angaben bei der Schadensfeststellung.

α) Unrichtige Angaben über die Anschaffungspreise. (RG. vom 13. II. 1912; Wallmanns VZ. 1912 S. 1345.)

Die Entschädigungsklage war in allen Instanzen ohne Erfolg. Die Klägerin hatte Wertangaben gemacht, welche bei einer Anzahl der versicherten Gegenstände die Anschaffungspreise erheblich überstiegen. Das Berufungsgericht sah als erwiesen an, daß die Klägerin selbst Zweifel an der Richtigkeit gehabt, sie aber für sich behalten habe, um den Glauben zu erwecken, die angegebenen Werte seien durchweg die wirklichen Anschaffungspreise. Unter anderem hatte sie für ein Klavier in der Schadensaufstellung einen Betrag von 1200 M. angegeben, obwohl der Anschaffungspreis sich nur auf 875 M. belaufen hatte. Dabei hatte die Klägerin, wie das Berufungsgericht ebenfalls als erwiesen ansieht, bewußt unwahr behauptet, nicht zu wissen, aus welcher Firma ihr Klavier stamme. Das RG. pflichtet dem Standpunkt der Vorinstanzen bei, dieser Tatbestand schließe alle Merkmale der betrügerischen Angabe in sich.

β) Auslegung der Verwirkungsklausel. (RG. vom 20. IX. 1912; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 257.)

Das RG. führt aus, der Wortlaut der Bedingungen lasse es zweifelhaft, ob Verwirkung schon bei objektiver Unwahrheit oder nur bei fahrlässigem oder gar nur bei vorsätzlichem Verstoß gegen die Pflichten des Versicherungsnehmers eintreten solle. Die beiden Vorinstanzen hatten sich für das Letztere entschieden. Diese Auslegung wird vom RG. gebilligt. Die Revision hatte geltend gemacht, aus § 6 des inzwischen in Kraft getretenen VVG. sei zu entnehmen, daß die Verwirkung wenigstens im Fall *grober* Fahrlässigkeit gewollt sei. Diese Einwendung wird vom RG. zurückgewiesen, denn aus dem Inhalt des seit dem 1. I. 1910 geltenden VVG. könne nichts für die Feststellung des Willens der Parteien bei Abschluß des Vertrags im Jahr 1907 gefolgert werden.

γ) Unwahre Behauptungen im Prozeß. (RG. vom 16. I. 1912; Wallmanns VZ. 1912 S. 1773.)

Die beklagte Gesellschaft wendet u. a. ein, daß der Kläger im Prozeß wissentlich unwahre Angaben gemacht habe, und beruft sich auf § 10 ihrer Bedingungen, wonach betrügerische Angaben bei Ermittlung des Schadens die Verwirkung nach sich ziehen. Das Berufungsgericht meint, es widerspreche dem Sprachgefühl, unter Ermittlung des Schadens auch das zivilprozessuale Verfahren zu verstehen. Diese Auffassung wird vom RG. als unbedenklich bezeichnet und noch darauf hingewiesen, daß im außergerichtlichen Verfahren der Versicherungsnehmer zur Wahrung seiner Interessen wie im Vertrauen auf seine Redlichkeit zur Mitwirkung herangezogen werde, während im Rechtsstreit seine Angaben zunächst nur als einseitige, des Beweises bedürftige Behauptungen in Betracht kommen.

c) Abbruchsklausel. Wiederaufbauklausel.

α) *Urteil des Landgerichts Halle* vom 13. I. 1911; Ver. A. f. P. 1911*, S. 122.

Die Klägerin besaß auf fiskalischem Boden einen Getreidespeicher. Nach dem Mietvertrag hatte sie auf Verlangen des Fiskus jederzeit die Baustelle zu räumen. Als der Speicher abgebrannt war, kündigte der Fiskus das Recht zur Benutzung des Grund und Bodens. Die beklagte Gesellschaft ersetzte dem Kläger lediglich den Materialwert, und zwar auf Grund folgender Abbruchsklausel: „Im Fall die versicherten Gebäude nach einem Brand gar nicht oder nicht auf derselben Stelle wieder aufgebaut werden sollten, ist nur der Materialwert abzüglich Abbruchskosten Gegenstand der Versicherung." Die Klage auf Gewährung des vollen Bauwerts wurde abgewiesen. Die Gründe führen aus: Für die Klägerin habe der versicherte Speicher für den Fall, daß die Eisenbahnbehörde von ihrem Recht Gebrauch machte und ihr den Grund und Boden entzog, nur Abbruchswert. Nur so lange sie ihn stehen lassen durfte, hatte er für sie den Gebäudewert. Es sei daher unrichtig zu sagen, Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte rechtfertigten die Annahme, daß die Vertragschließenden bei Abschluß des Vertrags dahin übereingekommen seien, von der Wiederherstellungsklausel keinen Gebrauch zu machen, falls die Eisenbahn nach einem Brand den Grund und Boden der Klägerin entziehen und so die Wiederherstellung des Gebäudes unmöglich machen sollte. Anders liege der Fall, wenn die Polizei den Wiederaufbau verbiete, denn in diesem Fall sei mit der Möglichkeit des Abbruchs vor dem Brand in der Regel nicht zu rechnen, dann sei auch eine anderweite Auslegung der Wiederherstellungsklausel angebracht.

β) Polizeiliches Verbot des Wiederaufbaus. (Urteil des OLG. Kolmar vom 12. I. 1912; Ver. A. f. P. 1912*, S. 118.)

Das Gericht führt aus, es sei zweifelhaft, ob die Auslegung des Wortes „Verwendbarkeit" im Sinn der Kläger oder im Sinn der Beklagten zu erfolgen habe, d. h. ob bei Berechnung des Schadens von dem Wert des ganzen versicherten Gebäudes nur der Materialwert oder der Bauwert der unbeschädigt gebliebenen Teile in Abzug zu bringen sei, im Fall letztere deshalb nicht zum Wiederaufbau „verwendbar" seien, weil sie aus baupolizeilichen Gründen dazu nicht benutzt werden dürfen. Es sei daher diejenige Auslegung zu bevorzugen, welche am meisten dem Vertragszweck gerecht werde. Ergebe dies kein sicheres Resultat, so müsse zuungunsten des Versicherers erkannt werden. Der Zweck des Vertrags gehe aber auch dahin, den Hypothekengläubigern die nötige Sicherheit zu gewähren. Diesem Zweck würde es aber nicht entsprechen, dem Versicherten und seinen Hypothekengläubigern in dem Fall keine Entschädigung zu gewähren, wenn ein nur teilweise abgebranntes Gebäude aus baupolizeilichen Gründen nicht wiederhergestellt werden konnte. Unbestritten seien die Schiedsmänner von der entgegengesetzten Auffassung ausgegangen. Ihre Schätzung sei daher „offenbar unbillig", wenn die Be-

hauptung der Kläger wahr sei, daß der Wiederaufbau des beschädigten Gebäudes durch die Baupolizei nicht gestattet wurde.

Den entgegengesetzten Standpunkt vertreten zwei neuerdings veröffentlichte Entscheidungen des Großherzogl. Badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 11. VI. 1901 und des OLG. Darmstadt vom 12. VII. 1911 (Mitteilungen für die öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 436). In beiden Fällen handelte es sich um die Frage der Haftung des Feuerversicherers bei behördlichem Verbot der Wiederbenutzung von Brandresten. Die Gerichte entschieden übereinstimmend, daß der durch dies Verbot dem Versicherten erwachsene Schaden vom Versicherer nicht zu ersetzen sei.

γ) Schaden bei bevorstehendem Abbruch. Abbruchswert. (RG. vom 24. XI. 1911. Aktenzeichen VII. 224/11.)

In dem Reglement der beklagten Sozietät war bestimmt: „Gebäude, die zum Abbruch verkauft oder nachweislich bestimmt sind, bleiben nur zu dem Werte der Materialien versichert und tritt die betreffende Versicherungsermäßigung von selbst ein, sobald der Verkauf oder die Bestimmung zum Abbruch erfolgt ist." RG. und BG. entschieden übereinstimmend, der feste Entschluß des Eigentümers, sein Haus in Zukunft abzubrechen, genüge für sich allein nicht zur Anwendung dieser Bestimmung. Solange ein erhebliches Interesse des Versicherten an der Forterhaltung seines Hauses, welches künftig einem Neubau weichen solle, bestehe, erscheine das Haus noch nicht zum Abbruch, sondern zu der Verwendung, welche es während seines Bestandes findet, bestimmt. Das Wort „nachweislich" deute darauf hin, daß der Entschluß des Eigentümers schon irgendwie äußerlich erkennbar geworden sein müsse. Hier sei maßgebend, daß bis zum Zeitpunkt der Benutzbarkeit des geplanten Neubaus, vom Tag des Brandes an gerechnet, noch fast ein Jahr vergehen mußte, und bis dahin das alte Haus noch zum Bewohnen bestimmt war.

δ) Inwieweit kann der Versicherungsnehmer über die Entschädigungsforderung verfügen, wenn die Entschädigung nur zur Wiederherstellung gezahlt wird? (OLG. Marienwerder vom 1. II. 1913; Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 264.)

Kläger hatte zur Wiederherstellung des im Juni 1910 abgebrannten Bschen Gebäudes Arbeiten im Wert von 1344,75 M. geliefert. B. hat von seinem Anspruch an die Beklagte auf Brandentschädigung (über 10 000 M.) den Betrag von 1344,75 M. an Kläger abgetreten. Die Beklagte hat, obwohl ihr die Abtretungserklärung alsbald übersandt wurde, trotzdem nach erfolgter Zwangsversteigerung die volle Brandentschädigungssumme an den Ersteher ausgezahlt.

In erster Instanz wurde die Klage abgewiesen, da B. überhaupt keinen Anspruch erworben habe und ihn jedenfalls nicht habe abtreten können. Dies ergebe sich aus der Satzung, nach der die Auszahlung der Brandentschädigung an den Brandbeschädigten bzw. den Eigentümer der Brandstätte nur zur Wiederherstellung und nach Maßgabe des Fortschreitens des Baus stattfinde und bei Vollschäden in der Regel in zwei Teilen erfolge. Das OLG. entschied, daß diese

Bestimmung der Abtretung nicht entgegenstehe. Allerdings folge aus dieser Vorschrift, daß eine diesem Zweck nicht entsprechende Verfügung, insbesondere die Abtretung an einen beliebigen Dritten, unzulässig sei. An und für sich werde der Versicherungsanspruch bereits mit dem Eintritt des Brandes erworben, der Erwerb sei aber dadurch bedingt, daß die Entschädigung nur zur Wiederherstellung verwendet werde. Der vom Brandschaden betroffene B. sei daher Gläubiger in der Höhe geworden, die dem Betrag der während seiner Besitzzeit ausgeführten Wiederherstellungsarbeiten entspreche. Über den ihm hiernach zustehenden Teil der Entschädigungsforderung habe B. auch durch Abtretung an den Kläger verfügen können. Der Zweck der Versicherung und die bestimmungsgemäße Verwendung des Geldes sei durch diese Abtretung nicht nur nicht vereitelt, sondern im Gegenteil gerade hierdurch erfüllt worden. Das Urteil verweist endlich auf § 98 VVG., der lediglich die bereits seither herrschende Rechtsauffassung wiedergebe.

ε) Unverschuldete Versäumung der Frist zur Wiederherstellung. (OLG. Kolmar vom 12. VI. 1913; Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1913 S. 359.)

Dem Einwand der Beklagten, daß der Versicherungsnehmer nicht binnen der im Vertrag bestimmten Frist die beschädigten Gebäude wiederhergestellt habe, und daß daher bedingungsgemäß der Entschädigungsanspruch erloschen sei, setzt Kläger entgegen, daß ihn an der Nichteinhaltung der Frist kein Verschulden treffe, da er die nötigen Baugelder nicht früher habe beschaffen können. In beiden Instanzen wurde dieses Vorbringen für erheblich erachtet und der Versicherer verurteilt. Es sei hierbei von dem in ständiger Rechtsprechung des RG. festgestellten Grundsatz auszugehen, daß Verwirkungsklauseln in Versicherungsverträgen im Zweifel mit Vorbehalt der Exkulpation des Versicherten zu verstehen seien.

d) Versicherung zum „Liebhaberwert“ (Mitteilungen der öffentl. Feuer-V. Anstalten 1912 S. 503; ohne Datum).

Hier stützte sich die Klage in erster Linie auf eine besondere Vereinbarung, daß für den Fall eines Feuerschadens der Police angegebene Liebhaberwert ersetzt werden solle.

Die Urteilsgründe führen aus, maßgebend könne nur der objektiv festzustellende Kunstwert sein, da andernfalls eine nichtige Taxe nach § 87 VVG. vorliegen würde. Die Bezeichnung „Liebhaberwert“ passe aber doch insofern zu, als bei der Feststellung nur die Preise der Liebhaber in Betracht zu ziehen seien und nur nach dem Verhältnis von Angebot und Nachfrage dieses beschränkten Personenkreises die Preisbildung stattfinde. So sei auch die Bezeichnung in dem V.-Schein zu verstehen.

6. Sachverständigenverfahren.

a. Vorabentscheidung über den Grund des Anspruchs.

In dem bereits oben erwähnten Urteil des RG. vom 16. I. 1912 (Wallmanns VZ. 1912 S. 1773) erfolgte die Aufhebung des Berufungs-



urteils auch aus einem formalen Grund, da nach Ansicht des RG. ein prozessualer Verstoß vorlag. Der Kläger verlangte im Prozeß eine Entschädigung in Höhe von 7903 M., während die Sachverständigen den Schaden auf nur 3420 M. beziffert hatten. Die beklagte Gesellschaft wandte ein, das Schätzungsgutachten sei für beide Teile bindend, der Kläger habe aber jeden Anspruch verwirkt, da er sich betrügerischer Angaben über die Höhe des Schadens schuldig gemacht habe. Letzteres hielt das LG. für erwiesen und wies die Klage ab. Das OLG. hielt diesen Einwand nicht für begründet, erklärte den Klageanspruch dem Grund nach für gerechtfertigt und verwies die Sache zur Verhandlung über die Höhe an die erste Instanz zurück. Es führte dabei aus, der Einwand der Beklagten, daß der Kläger höchstens die im Abschätzungsverfahren festgestellte Summe beanspruchen könne, betreffe die Höhe des Anspruchs und sei daher vor dem Berufungsgericht nicht zu prüfen (§ 538 Z. 3 ZPO.). Das RG. erklärt die hiergegen erhobene Rüge der Revision für begründet. Allerdings betreffe der Ausspruch der Sachverständigen an sich lediglich die Höhe des Anspruchs, die Frage aber, ob Kläger an diesen Ausspruch gebunden sei oder ihn wegen offenbarer Unbilligkeit anfechten könne, betreffe die Grundlagen des Klageanspruchs. Dies zeige sich auch darin, daß es zu einem besonderen Verfahren über die Höhe des Anspruchs nur in dem Fall kommen könne, wenn es dem Kläger gelinge, das im Schätzungsverfahren gewonnene Ergebnis als für ihn unverbindlich zu beseitigen, während andernfalls für ein besonderes Verfahren über den Betrag des Anspruchs kein Raum sei. Das Berufungsgericht müsse daher auch prüfen, ob die vom Kläger zur Begründung der offenbaren Unbilligkeit vorgetragenen Behauptungen schlüssig und richtig seien. Dabei seien auch die Gegenbehauptungen der Beklagten zu berücksichtigen.

b. Kann der Versicherte vor Abschluß des Sachverständigenverfahrens eine Abschrift des Gutachtens des Gegensachverständigen verlangen?

Diese Frage ist durch das OLG. Oldenburg in einem Urteil vom 1. XII. 1909 (V. A. f. P. 1912 * S. 118) verneint worden. Die Regelung in den Bedingungen gleiche dem Schiedsspruch im schiedsrichterlichen Verfahren. Dort werde aber nur der fertige Schiedsspruch den Parteien mitgeteilt, erst von dem Ergebnis des abgeschlossenen Verfahrens erhielten sie Kenntnis. Die gegenteilige Annahme würde zu offenbaren Unbilligkeiten führen. Denn wenn der Versicherer das von seinem Sachverständigen erstattete Gutachten dem Versicherten abschriftlich behändigen müßte, bevor dessen Sachverständiger geurteilt habe, so wäre, ebenso wie im umgekehrten Fall, die objektive Feststellung des Schadens gefährdet.

c. Zum Begriff der offenbaren Unbilligkeit. (Urteil des RG. v. 1. XII. 1911; Wallmanns VZ. 1911/12 S. 1041.)

Der Schaden war durch die von den Parteien ernannten Sachverständigen auf 14 000 M. festgesetzt. Kläger beanspruchte noch weitere 5960 M. und drang hiermit in allen Instanzen durch. Das RG. führt aus, wenn man mit dem Berufungsgericht von dem Gutachten

des gerichtlichen Sachverständigen als zutreffend und maßgebend ausgehe, so müsse man dem Vorderrichter darin beistimmen, daß die Feststellung der Schiedsgutachter sowohl offenbar und erheblich unrichtig, als auch offenbar unbillig sei. Die verhältnismäßig enorme Differenz von 5960 M. lasse, wenn das eine Gutachten richtig sei, wie das BG. in nicht zu beanstandender Weise angenommen habe, für das unrichtige den Vorwurf erheblicher und handgreiflicher Sachwidrigkeit voll begründet erscheinen. Dies gelte auch dann, wenn die Schiedsgutachter bei ihren Ermittlungen subjektiv nach bestem Wissen und Gewissen vorgegangen sein sollten. Denn entscheidend sei die objektive Sachwidrigkeit und Unbilligkeit des Schiedsgutachtens.

d) Verspätete Geltendmachung des Rechts auf Schadenfeststellung durch Schiedsmänner.

In dem Urteil des OLG. Colmar vom 3. IV. 1912 (Ver. A. f. P. 1913* S. 37) wird ausgeführt: Hat der Versicherer das Recht auf Schadenfeststellung durch die Schiedsmänner nicht binnen einer angemessenen Frist geltend gemacht, vielmehr das Verlangen des Beschädigten, unter Vorbehalt aller Rechte in das Abschätzungsverfahren einzutreten, mit Unrecht zurückgewiesen, so kann er später — nach Ablauf von 3 Jahren — auf dieses Recht nicht mehr zurückkommen.

7. Verletzung der Rettungspflicht. (Urteil des RG. v. 22. XII. 1911; Wallmanns VZ. 1911/12 S. 1137.)

Die Entschädigungsklage wurde in erster Instanz abgewiesen, das Berufungsgericht hob dieses Urteil auf und verurteilte. Das RG. verwies die Sache zur nochmaligen Verhandlung an das Berufungsgericht zurück. Es war festgestellt, daß der Kläger nach Beendigung des Brandes den noch anwesenden stellvertretenden Spritzenmeister hatte veranlassen wollen, einen Wagen in den noch glühenden Trümmerhaufen zu schieben sowie den Giebelbalken des Backhauses herauszuziehen, damit es zusammenstürze. Trotzdem hatte das OLG. zugunsten des Klägers erkannt, da es an dem bedingungsgemäßen Erfordernis der Böswilligkeit fehle. Verschiedene Zeugen hätten den Kläger für betrunken gehalten. Aus diesen und anderen Gründen sei anzunehmen, daß er sich der Tragweite und der Verwerflichkeit seines Vorgehens nicht bewußt gewesen sei. — Das RG. rügt, daß der Berufungsrichter die Würdigung mehrfacher für die Beurteilung wesentlicher Umstände unterlassen habe, und daher auch das Schlußergebnis rechtlichen Bedenken unterliege. Eine Verletzung der gebotenen Rettungs- und Erhaltungspflicht liege schon dann vor, wenn der Kläger einen anderen ernstlich und bewußt aufgefordert habe, versicherte Gegenstände zu zerstören oder auch nur zu beschädigen. Ob der schädigende Erfolg wirklich eingetreten sei oder nicht, mache keinen Unterschied. Eine sinnlose Trunkenheit sei nicht festgestellt, und die Annahme des Berufungsrichters, der Kläger sei sich der Tragweite seines Vorgehens nicht bewußt gewesen, sei mit dem Inhalt seiner Äußerungen schwer vereinbar. („Fahre den Wagen ins Feuer; ich darf das nicht machen.")



Realgläubiger.

1. Sind die Rechte der Realgläubiger abhängig von ihrer Eintragung im Lagerbuch? (Urteil des RG. V. Zivilsenat v. 9. XI. 1910; Wallmanns VZ. 1910/11 S. 945.)

§ 55 des Statuts der Beklagten (e. Gegenseitigkeitsgesellschaft) bestimmt unter der Überschrift: „Sicherung der Gläubiger, die ihre Forderungen im Lagerbuch der Gesellschaft *angemeldet* haben“: „Geht der Versicherte des Anspruchs auf Brandentschädigung nach § 53 verlustig (Brandstiftung), so ist die Gesellschaft dennoch verpflichtet, dieselbe den im Lagerbuch *verzeichneten* Gläubigern soweit zu zahlen, als sie aus dem verpflichteten Grundstück wegen ihrer eingetragenen Forderung nicht gedeckt werden.“ Der versicherte Eigentümer war 1907 wegen Brandstiftung rechtskräftig verurteilt worden.

Die Kläger hatten ihre Hypothek vor dem Brand bei der Beklagten angemeldet. Diese hatte ihnen geraten, durch den Versicherten einen Hypothekensicherungsschein besorgen zu lassen. Letzterer hatte dieses Ersuchen jedoch abgelehnt. Darauf hatten die Kläger bei der Beklagten um Rat gefragt, wie sie zu dem Schein gelangen könnten, hierauf jedoch keine Antwort erhalten. Die Eintragung im Lagerbuch war nicht erfolgt. Kläger verlangen mit der Klage einen Teil ihres in der Zwangsversteigerung erlittenen Ausfalls. Das LG. wies die Klage ab, das Berufungsgericht und das RG. dagegen entschieden zugunsten der Kläger.

Beide Gerichte fassen die Bestimmung des § 55 des Statuts als einen Vertrag zugunsten der Hypothekengläubiger auf, der diesen nach § 328 BGB. einen unmittelbaren Anspruch gebe. Daß der versicherte Eigentümer keinen Hypothekensicherungsschein besorgt habe, sei ohne Bedeutung, denn nach der Überschrift des betreffenden Abschnitts genüge die *Anmeldung* durch den Hypothekengläubiger. Darauf, daß die Eintragung im Lagerbuch nicht erfolgt sei, könne sich die Beklagte nach Treu und Glauben nicht berufen, da diese Eintragung nicht vom Willen des Klägers, sondern lediglich von ihrem eigenen Vorgehen abgehangen habe.

Die Revision hatte außerdem gerügt, daß das Berufungsgericht das Recht des BGB. angewandt habe, denn das Statut datiere von 1896, und der auf Grund dieses Statuts mit dem Grundstückseigentümer abgeschlossene Gesellschafts- und Versicherungsvertrag sei daher nach dem Preußischen ALR. zu beurteilen. Auch diese Einwendung wies das RG. zurück, denn maßgebend sei der Zeitpunkt des Vertragsschlusses, also das Jahr 1904.

2. Die Wiederherstellung der versicherten Sache und ihr Einfluß auf den Anspruch des Hypothekengläubigers. (Urteil des RG. vom 29. XI. 1911; Entscheidungen in Zivilsachen, Band 78 S. 23.)

Nach § 1127 BGB. erstreckt sich die Hypothek, wenn Gegenstände, welche der Hypothek unterliegen, unter Versicherung gebracht sind, auch auf die Forderung gegen den Versicherer. Die Haftung der Forderung gegen den Versicherer erlischt jedoch, wenn der ver-

sicherte Gegenstand wiederhergestellt oder Ersatz für ihn beschafft ist. Kläger legte diese Vorschrift dahin aus, daß das Erlöschen nur eintrete, wenn der versicherte Gegenstand *vollständig* wiederhergestellt und voller Ersatz für die hypothekarische Sicherheit geschaffen sei. Im vorliegenden Fall habe aber nur eine teilweise Wiederherstellung stattgefunden. Das RG. hat sich der entgegengesetzten, von der herrschenden Meinung vertretenen Ansicht angeschlossen, daß auch bei teilweiser Wiederherstellung ein entsprechendes Erlöschen der Haftung eintrete. Nur soweit noch keine Wiederherstellung erfolgt sei, bleibe die Entschädigungsforderung verhaftet. Hierdurch erleide der Hypothekengläubiger keine Einbuße an seiner Sicherheit.

3. Verwirkung des Versicherungsanspruchs und Rechte der Realgläubiger.

In dem Urteil des RG. vom 17. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1913 S. 1353; Recht 1913, Spruchbeilage, Nr. 767) wird der Satz aufgestellt: Eine Bedingung, wonach die Entschädigung für die Realgläubiger zu verwenden ist, falls der Versicherte schuldhaft den Anspruch darauf verloren hat, setzt voraus, daß ein solcher Anspruch überhaupt entstanden ist. Im vorliegenden Fall hatte die Versicherungsnehmerin keinen Anspruch auf Entschädigung, weil sie nach der Feststellung des Berufungsgerichts den Gebäudewert bewußt unrichtig viel zu hoch angegeben und arglistig das Bestehen einer anderweitigen Versicherung geleugnet hatte. BG. und RG. entscheiden übereinstimmend dahin, daß unter diesen Umständen auch die klagenden Hypothekengläubiger aus der oben erwähnten Vorschrift der Bedingungen ein Recht nicht herleiten könnten. Diese Vorschrift (§ 12 der Bedingungen) sei vielmehr dahin auszulegen, daß sie die wirksame Entstehung eines Versicherungsanspruchs des Versicherten selbst, der *nach* seiner Entstehung durch Schuld des Versicherten verloren gehe, zur Voraussetzung habe.

Der Hinweis der Revision darauf, der Generalagent sei über die Sachlage aufgeklärt gewesen und dies müsse die Beklagte gegen sich gelten lassen, wird für unbeachtlich erklärt. Dies käme nur in Betracht, wenn der Generalagent Abschlußvollmacht gehabt hätte.

Nach neuem Recht wäre anders zu entscheiden. Vgl. § 100 Abs. 3 u. § 101 VVG.

Rückwirkende Kraft des VVG.

1. Ist das VVG. anwendbar, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 1910 eingetreten ist?

In einem früheren Abschnitt (S. 253 dieses Jahrgangs) ist im Gegensatz zu einigen dort erwähnten Urteilen die vorstehende Frage verneint worden. In einem inzwischen bekannt gewordenen Urteil hat das Oberste Landesgericht in München den gleichen Standpunkt vertreten, indem es feststellt, daß, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. I. 1910 eingetreten ist, ausschließlich altes Recht zur Anwendung kommen muß. (Urteil vom 29. XI. 1912; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 953.)



2. Rückwirkung des § 64 VVG. (Urteil des OLG. Kolmar vom 22. VI. 1912; Mitteilungen der öffentlichen Feuer-V.-Anstalten 1913 S. 59.)

Abweichend von der eben erwähnten Entscheidung wird in diesem Urteil, obwohl der Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten des VVG. eingetreten war, der § 64 VVG. ohne weiteres für anwendbar erklärt. Eine Begründung hierfür ist, abgesehen von dem (nicht genügenden) Hinweis auf Art. 4 EG., nicht gegeben.

Vertretungsmacht des Generalagenten.

Die *Klagezustellung an den Generalagenten* in einem Entschädigungsprozeß ist von dem OLG. Posen in einem Urteil vom 13. X. 1910 als unwirksam bezeichnet worden (Ver. A. f. P. 1911 * S. 121): Der Behauptung des Klägers, daß der Generalagent Generalbevollmächtigter der Beklagten im Sinn des § 173 ZPO. sei, widerspreche der Wortlaut seiner Vollmacht. Diese unterscheide scharf zwischen solchen Geschäften, welche der Generalagent selbständig erledigen könne, und solchen, bei denen er nur „die Interessen der Gesellschaft" wahrzunehmen habe, und zwar auch dies nur unter Vorbehalt der Genehmigung seitens der Beklagten. Zu diesen letzteren gehören die Angelegenheiten der Schadenermittlung und Regulierung. Insbesondere sei ihm daher die Entgegennahme der Zustellung von Schadenklagen versagt. Ausdrücklich wird auch die Ansicht des Klägers zurückgewiesen, daß das Verhalten der Beklagten in diesem Punkt als Schikane aufzufassen sei und daher gegen § 226 BGB. verstoße.

Sprechsaal.

Der sogenannte Repräsentant des Versicherungsnehmers.

Von Geheimem Justiz- und Oberlandesgerichtsrat K. Schneider (Stettin).

Unter dem 4. Juni 1913 hat der I. Senat des Reichsgerichts ein jetzt in der »Jur. Wo.« 1913, S. 1111, veröffentlichtes Urteil erlassen, das für unser neues Versicherungsrecht verhängnisvoll werden kann.

Es wird darin zwar erfreulicherweise mit allem Nachdruck ausgesprochen, daß nach § 61 VVG. selbst der Versicherungsnehmer nicht für Fahrlässigkeit Dritter aufzukommen habe. Ebensowenig habe er etwa nach § 278 BGB. ein Verschulden seiner Angestellten zu vertreten; dagegen erscheine *im allgemeinen nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts* seine Haftung für Verschulden Dritter sehr zweifelhaft.

Dann heißt es wörtlich weiter: »Gemäß der *herrschenden Meinung* ist allerdings dem eigenen Verschulden des Versicherungsnehmers dasjenige solcher Personen gleichzuachten, die *in dem Betriebe, zu dem das versicherte Risiko gehört,* auf Grund eines Vertretungs- oder anderen Verhältnisses an Stelle des Versicherungsnehmers stehen, oder — wie es oft ausgedrückt ist — das *Verschulden seines Repräsentanten.*«

Nun weicht die Entscheidung freilich auf Grund des damals nur streitigen Sachverhalts dahin aus, daß sie erklärt, das Verschulden eines solchen Repräsentanten, »legt man diese Ansicht zugrunde«, könne nicht in Betracht kommen, da nur eine »untergeordnete Hilfsperson« ihre Aufsichtspflicht verletzt und diese eine »rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht gar nicht oder doch nur in ganz beschränktem Umfange besessen« habe.

Vor dem Rechtsgebilde eines »Repräsentanten«, das bezeichnenderweise seine eigentliche Natur unter einem Fremdworte durchaus unklaren Inhalts verbergen muß, ist das deutsche Versicherungsrecht von Reichsgerichtswegen also einstweilen noch bewahrt geblieben; es ist der damaligen Entscheidung *nicht* zugrunde gelegt. Aber, was schon bedenklich ist, seine Zulässigkeit ist nicht von vornherein abgewiesen, vielmehr sogar als »herrschende Meinung« hingestellt.

Um »tief ausgefahrene Gleise« gerichtlicher Praxis, in die die Entscheidungen unwillkürlich immer wieder einlenken, handelt es sich bei einem seit 1910 gültigen Gesetze, wie dem VVG., gewiß noch nicht. Die »herrschende Meinung« stellt sich also lediglich in den Äußerungen derjenigen Schriftsteller dar, die sich mit der Auslegung des Gesetzes befaßt haben, und bei ihnen kann man gewöhnlich die bekannten zwei Gruppen unterscheiden — dafür und dawider. Nimmt man die neueste wissenschaftliche Erscheinung, den Kommentar von *Hager-Bruck* zum VVG. in 3. Auflage, so ist es sogar zweifelhaft, wohin sie zu rechnen ist, denn S. 191 (Ende der Anm. 1) verweist nach S. 49 (Ende der Anm. 10) und hiernach — da es sich bei § 61 VVG. anerkanntermaßen nicht um Verletzung einer »Obliegenheit« *vor* oder *nach* dem Versicherungsfalle handelt — macht, in »allen

diesen übrigen Fällen nämlich, ein Verschulden dritter Personen den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung *nicht* frei. Wenn dort vorher von der Haftung für einen Stellvertreter die Rede ist, so bezieht sich das offenbar nur auf Obliegenheitsverletzung, oder meint der Kommentar etwas anderes?!

Möchte man nun auch bei Vergleichung der von mir im Nachtrage zum *Manes*schen »Versicherungslexikon« (unter »Stellvertreter« und »Verschulden«) zusammengestellten Namen finden, daß einer oder einige mehr für Haftung des Versicherungsnehmers aus dem Verschulden seines »Repräsentanten« sich erklärten, so wird man dieser »herrschenden Ansicht«, die sich auch für die Haftung des Mündels aus der Herbeiführung des Versicherungsfalls durch den Vormund ausspricht, doch wohl prüfend etwas näher treten dürfen, zumal ihr insbesondere in letzterer Hinsicht jetzt ein solch angesehener Kenner des Versicherungsrechts, wie Professor *Roelli* in Zürich, auf S. 210 seines Kommentars zum schweizerischen Versicherungsgesetze mit herbem Spotte entgegengetreten ist.

Es handelt sich ja auch nicht um eine »communis opinio« nach Art des alten gemeinen Rechts, die sich auf Grund jahrhundertelanger gelehrter Prüfung und unter Beachtung der Praxis glücklich zu einem *festen* Auslegungsergebnisse zusammengefunden hätte. Wer möchte leugnen, daß die Erläuterungen unseres VVG. vielfach nur erst noch ein Tasten sind; daß sie durch das nicht hinreichend vorsichtige Herüberziehen *früherer* Gerichtsentscheidungen und Lehren in ihrer Richtigkeit mannigfach gefährdet sind, da doch ein neues Gesetz in erster Linie aus sich selbst heraus ausgelegt werden muß; daß aus Neigung zu einer allzu lehrhaften Auffassung des Gesetzes dessen scharfe, wohlüberlegte Richtlinien tatsächlich schon verschoben und undeutlich gemacht werden, wie z. B. zu § 69 (Sache und Interesse), zu § 43ff. (Stellung des Agenten als Dritter im Sinne des § 123, Abs. 2 BGB.)?!

Wenn man also der »herrschenden Meinung« gemäß den die Verwirkung herbeiführenden Vormund jetzt streitig machen darf, so liegt allerdings der Einwand nahe, ein Vormund werde dem Versicherungsnehmer aufgedrängt, den »Repräsentanten« wähle er selber. Es dürfe ihm daher eine größere Verantwortlichkeit dafür angesonnen werden.

Das hätte vielleicht etwas Überzeugendes, wenn nicht sonst alles gegen Einführung dieses Rechtsbegriffs spräche. Dabei handelt es sich hier, wie ausdrücklich hervorgehoben sein mag, lediglich um die Frage, ob die *Herbeiführung des Versicherungsfalls* durch einen solchen »Repräsentanten« das Recht aus der Versicherung verloren gehen lasse (§ 61 VVG.) — nicht auch um die Frage, ob und wie die Verletzung sonstiger oder, richtiger gesagt, *der* Obliegenheiten aus dem Versicherungsvertrage durch ihn etwa zu beurteilen sei. Darüber habe ich mich seinerzeit in der »Leipziger Zeitschrift« 1910, S. 198ff., eingehender ausgesprochen.

Wo steckt nun aber der geheimnisvolle Rechtssatz — denn § 278 BGB. ist es ja nicht! — der, über die *klare* Fassung des § 61 VVG. hinaus, den Versicherungsnehmer dafür verantwortlich macht, daß eine höhere (nicht »untergeordnete«) Hilfsperson, besonders eine solche mit rechtsgeschäftlicher Vertretungsmacht, »in dem Betriebe zu dem das versicherte Risiko gehört«, den Versicherungsfall auch nur fahrlässig herbeiführt? Er ist m. A. nach frei erfunden, neben

dem sorgfältig erwogenen § 278 BGB. unhaltbar, und soll nur die Säumigkeit des Versicherers decken, der sich nicht gegen solche Gefährdung der versicherten Sache, wenn er sie für nötig hielt, sicherte. Denn eine vertragsweise Ausdehnung der Verantwortlichkeit nach § 61 ist ja erlaubt, da § 6, Abs. 3 VVG. hier eben nicht gilt.

Warum die Grenze zwischen höherer und untergeordneter Hilfe, der sich der Versicherungsnehmer anvertraute und die im Streitfall zu schweren Zweifeln Anlaß geben muß? Das Heranziehen der Hilfskraft ist doch für den Versicherungsnehmer in beiden Fällen dasselbe, ein Vertrauenschenken. Weshalb soll er schärfer angefaßt werden, wenn er einen höheren Helfer, der doch vielleicht gerade sachkundiger und behutsamer in Vermeidung von Fahrlässigkeit ist, heranzog? Welch seltsamen Einfluß gewinnt dabei der Umstand, daß er diesem eine *rechtsgeschäftliche* Vollmacht obendrein in die Hand gab!?

Und wie steht es mit der Begrenzung des Begriffs von »Repräsentanten« sonst? Ist es der Brennereiverwalter, der das Ackerpferd seines Gutsherrn ersticht, mit dem sonst aus der Brennerei der Branntwein weggefahren wurde, über das er aber keine Verfügung hatte? Mit der oben wiedergegebenen Begriffsbestimmung käme man hier schon arg ins Gedränge, ganz besonders übrigens dann, wenn es sich um eine *stillschweigend auf kurze Zeit* übertragene »Repräsentation« handelte, also um einen praktisch sehr häufigen Fall. In seltsamen Widerspruch geriete man auch mit der Absicht des § 67, Abs. 2 in den Fällen, wo der versicherte Ehemann sich jeweilig durch seine »bessere Hälfte« repräsentieren ließe. Würde die Schlüsselgewalt der Frau (§ 1357 BGB.) jene Vorschrift nicht stets außer Wirkung setzen?!

Auf weitere Gründe gegen die »herrschende Meinung«, z. B. die Begründung zu § 125 VVG. (S. 126), auf den Gedanken des allgemeinen Versicherungsschutzes eines Versicherungsnehmers gegen sich selbst (bei *leichter* Fahrlässigkeit) und seine unentbehrliche Umgebung; auf die sehr bedeutsame, von der »herrschenden Meinung« scharf abweichende Regelung in Art. 14, Abs. 3 des schweizerischen Versicherungsgesetzes usw. will ich hier nicht eingehen. Ich möchte nur noch hinzufügen, daß sich *selbst der Versicherer* bei der klaren Fassung des § 61 VVG. und nicht bei deren ausgeklügelter Ergänzung besser steht. Denn der unsichere Begriff des »Repräsentanten«, für den er seinen Versicherungsnehmer verantwortlich machen möchte, führt jedenfalls zu unerfreulichen und eben der Unsicherheit der Rechtsanwendung wegen nicht ungefährlichen Streitigkeiten und Prozessen. Will er eine umfangreichere Haftung, so tut er besser, wie schon angedeutet, durch genaue, den jeweilig in Betracht kommenden Verhältnissen angepaßte besondere Versicherungsbestimmungen, z. B. durch Ausdehnung des Gesetzes auf die Fahrlässigkeit von Dienstboten, seinen Vorteil zu wahren. Auch die Versicherer haben also ein Interesse daran, daß der »Repräsentant« nicht endgültig ins Gebiet des Versicherungsrechts einrückt!

Die Zulässigkeit des Rechtswegs bei der öffentlich-rechtlichen Lebensversicherung.

Von Rechtsanwalt Dr. jur. Ludwig Bendix (Berlin).

In letzter Zeit ist nach Berichten in der Tagespresse und selbst in der Sitzung des Reichstages vom 13. Februar 1914 die Frage nach der Zulässigkeit des Rechtswegs gegenüber den preußischen Provinzial-Lebensversicherungsanstalten und ihrem Verbande aufgeworfen worden. Bei Beantwortung dieser Rechtsfrage, die anscheinend im Konkurrenzkampfe der Provinzial-Lebensversicherungsanstalten mit den privaten Versicherungsunternehmungen ihre tatsächlichen Grundlagen hat, führt es auf falsche Wege, wenn, wie es zu geschehen pflegt, von der öffentlichen und öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungsanstalt und ihrem Verbande gesprochen wird, mag immerhin der letztere sich auch als Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland bezeichnen. Durch die Bezeichnung öffentlich oder öffentlich-rechtlich wird der Gedankengang eröffnet, daß nicht bloß die Lebensversicherungsanstalt, sondern auch die von ihr abgeschlossenen Lebensversicherungen diesen „öffentlichen" oder „öffentlich-rechtlichen" Charakter trügen. Dieser naheliegende Gedanke wird dadurch bestärkt, daß die Provinzial-Lebensversicherungsanstalten und ihr Verband nicht Einrichtungen reichsrechtlichen Charakters sind, sondern Schöpfungen des preußischen Landesrechts, daß sie also nicht dem Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen und demgemäß dem Aufsichtsamt für Privatversicherung unterworfen sind, sondern dem preußischen Minister des Innern. Bei dieser Organisation der Provinzial-Lebensversicherungsanstalten als Körperschaften des öffentlichen preußischen Rechts drängt sich die Annahme unwillkürlich auf, daß die bei den Anstalten abgeschlossenen Lebensversicherungen auch nicht unter das Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 fallen. Es hat fast den Anschein, als wenn die Gründer der öffentlichen Lebensversicherungsanstalten mit dieser Annahme selbst gerechnet hätten, weil nämlich in § 21 der Verbandsversicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung auf den Todesfall und ebenso in § 16 der entsprechenden Bedingungen auf den Erlebensfall ausdrücklich bestimmt ist, daß „die Bestimmungen des Reichsgesetzes vom 30. Mai 1908, durch welche die Vertragsfreiheit beschränkt wird, auf diesen Versicherungsvertrag Anwendung finden" und weil „somit *insoweit* ausdrücklich auf den dem Verbande nach § 192 Absatz 2 des genannten Gesetzes gegebenen Einwand verzichtet wird".

Dieser Verzicht mutet insofern eigentümlich an, als er einen auch für die hier interessierende Frage wichtigen Standpunkt erkennen läßt, daß nämlich die öffentliche Lebensversicherungsanstalt wie eine juristische Person des Privatrechts auftreten und auf Rechte, die ihr nach dem Reichsgesetz vom 30. Mai 1908 zustehen, Verzicht leisten könne, wobei zu der recht zweifelhaften Frage mit voller Deutlichkeit negativ Stellung genommen ist, ob die einschlägige Bestimmung des § 192 VVG. dem öffentlichen Rechte angehöre, und ob die daraus für die öffentlichen Anstalten erwachsenen Rechte unverzichtbar seien. Für die hier zu erörternde Frage ist von Wichtigkeit, daß der Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland sich den

zwingenden Vorschriften des VVG. ausdrücklich unterwirft und damit zu erkennen gibt, daß er auf derselben privatrechtlichen Grundlage wie die privaten Versicherungsunternehmungen das Lebensversicherungsgeschäft betreiben will.

Mit derselben Selbstverständlichkeit, mit der das materielle Reichsversicherungsvertragsrecht auf die Lebensversicherungsverträge mit dem Verbande öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland für anwendbar erklärt wird, werden auch in § 20 der allgemeinen Kapitalversicherungsbedingungen auf den Todesfall und gleichlautend in § 15 der Bedingungen für die Versicherung auf den Erlebensfall Vereinbarungen über Klagefrist, Gerichtsstand und Verjährung getroffen, Vereinbarungen, von denen hier nur die über den Gerichtsstand von Interesse ist. Die Vereinbarung lautet:

„Für Klagen aus dem Versicherungsvertrage ist außer dem allgemeinen auch der Gerichtsstand in Berlin als vereinbarter begründet.“

Ja, in § 2 Abs. 2 des Statuts der Lebensversicherungsanstalt der Ostpreußischen Landschaft wird ausdrücklich bestimmt, daß die Lebensversicherungsanstalt „ihren Sitz in Königsberg in Preußen und ihren Gerichtsstand bei dem Kgl. Amts- und Landgericht daselbst“ hat, während in Abs. 2 § 22 dieses Statuts der Rechtsweg gegen die Entscheidung darüber, ob der Fall der Dienstunfähigkeit bei einem der Beamten der Anstalt anzunehmen ist, wie auch gegen die Regelung der in diesem Falle und im Falle des Todes zu gewährenden Beträge ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Nach der Meinung der öffentlichen Lebensversicherungsanstalten, wie sie in ihren Versicherungsbedingungen und -Satzungen niedergelegt ist, unterstehen alle von ihnen abgeschlossenen Versicherungen dem allgemeinen bürgerlichen Recht, und deshalb haben sie also bei allen Klagen *aus* dem Versicherungsvertrage vor den ordentlichen Gerichten Recht zu nehmen. Zu diesen Ansprüchen aus dem Vertrage gehören auch die auf das Deckungskapital der Prämienreserve.

Nicht so deutlich dagegen ist die Meinung der öffentlichen Lebensversicherungsanstalten aus ihren eigenen Druckschriften darüber festzustellen, ob die Anstalten auch in allen anderen Rechtsbeziehungen, die sich nicht auf den abgeschlossenen Versicherungsvertrag beziehen, also insbesondere auch in denjenigen, die durch die Aquisition dieser Verträge herbeigeführt werden (vor allem unlauterer Wettbewerb!), vor den ordentlichen bürgerlichen Gerichten Recht zu nehmen haben. Aus der besonders geregelten Verantwortlichkeit des Verbandsvorsitzenden (§ 15 der Verbandssatzung) und des Anstaltvorstandes (§ 9 des oben erwähnten Statuts) für die genaue Beobachtung aller gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und aus der dort auch bestimmten gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretungsmacht dieser Organe, wie aus dem Gegenstand des Unternehmens, nämlich dem Betriebe aller Arten der Lebensversicherung, beim Verbande freilich nur in denjenigen Landesteilen, in denen öffentliche Lebensversicherungsanstalten nicht bestehen, wie auch aus der hier nicht darzulegenden Entstehungsgeschichte kann geschlossen werden, daß die sogenannte öffentliche Lebensversicherungsanstalt mit den privaten Lebensversicherungsunternehmungen in wirtschaftliche Konkurrenz treten und sich den hierfür maßgeblichen allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen unterwerfen will.

Diese in den Satzungen und allgemeinen Versicherungsbe-



dingungen ausdrücklich oder stillschweigend zum Ausdruck gebrachte Meinung muß auf ihre Richtigkeit nachgeprüft werden, wenn auch immerhin die Genehmigung der höchsten preußischen Staatsbehörde zu den Satzungen und Versicherungsbedingungen ihrem Inhalte eine im gewissen Sinne autoritative Bedeutung gibt. Nach den für die Nachprüfung maßgeblichen Bestimmungen des § 13 Gerichtsverfassungsgesetzes und § 4 des Gesetzes betreffend die Einführung der Zivilprozeßordnung hängt die Entscheidung über die Frage der Zulässigkeit des Rechtswegs davon ab, ob die betreffende Streitsache eine *bürgerliche Rechts*streitigkeit ist, und ob, wenn sie dies ist, nicht doch entweder die Zulässigkeit von Verwaltungsbehörden und von Verwaltungsgerichten begründet ist oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Die Verwaltungsgerichtsbarkeit oder eine reichsgesetzlich besondere Gerichtsbarkeit scheidet ohne weiteres aus. Daß die Streitigkeiten *aus* dem Versicherungsvertragsverhältnis bürgerliche Rechtsstreitigkeiten sind, die mangels anderweitiger Regelung vor die ordentlichen bürgerlichen Gerichte gehören, kann nicht zweifelhaft sein, da dieser Versicherungsvertrag ausschließlich auf privatrechtlicher Grundlage beruht, wenn auch der eine Gegenkontrahent eine Körperschaft nach öffentlichem Rechte ist.

Nicht so einfach liegt die Sache bei dem praktisch gewordenen Fall des unlauteren Wettbewerbs. Denn hier kann zweifelhaft sein, ob eine *bürgerliche Rechts*streitigkeit vorliegt. Das Vorliegen ist zu bejahen, wenn die öffentliche Lebensversicherungsanstalt durch Nichtbeamte die Anwerbung neuer Versicherungsverträge besorgen läßt, und wenn diese ohne jeden Zusammenhang mit den ursprünglichen landschaftlichen, auf Förderung der Landwirtschaft durch Entschuldung gerichteten Zielen die Aquisition betreiben. Der Rechtsweg dürfte auch dann zulässig sein, wenn in gleicher Weise von Beamten der Lebensversicherungsanstalt neue Verträge angeworben werden. Der Rechtsweg erscheint aber dann ausgeschlossen, wenn die Beamten der Lebensversicherungsanstalt in dieser ihrer Eigenschaft zur Förderung der genannten Entschuldungsziele tätig werden, weil in diesem Falle die Tätigkeit eine Ausübung von staatlichen Hoheitsrechten darstellt. (Vgl. die Entscheidung des Reichsgerichts in Zivilsachen Band 71 S. 48 und Band 82 S. 130.) Freilich wird auch in diesem Falle für den Schadensersatzanspruch gegen den betreffenden Beamten, jedoch nicht gemäß dem preußischen Gesetz über die Haftung des Staates usw. vom 1. August 1909, die Zulässigkeit des Rechtswegs zu bejahen sein. Zweifelhaft kann die Zulässigkeit des Rechtsweges in dem Falle sein, daß angestellte Nichtbeamte nur im Interesse der genannten landschaftlichen Ziele tätig werden. Ich möchte auch hier den Rechtsweg gegen die Anstalt aus gleichem angegebenen Grunde für unzulässig halten. In beiden Fällen wird aber neben dem Schadensersatzanspruch auch ein Unterlassungsanspruch gegen die des unlauteren Wettbewerbs angeblich schuldigen Beamten und Nichtbeamten, wie die Vertretungsorgane der Anstalt oder des Verbandes in Frage kommen. Ein vor das ordentliche Gericht gehöriger Unterlassungsanspruch wird nur bei den Nichtbeamten zu bejahen sein, bei denen übrigens auch die Möglichkeit strafrechtlicher Verfehlung gegen das unlautere Wettbewerbsgesetz gegeben ist.

Wenn es auch nach den angeführten Bestimmungen in den Statuten und Versicherungsbedingungen auf den ersten Blick nicht recht verständlich erscheint, wie eine öffentliche Lebensversicherungs-

anstalt den „Einwand“ der Unzulässigkeit des Rechtswegs in einem gegen sie angestrengten Zivilprozeß erheben konnte, so muß doch hervorgehoben werden, daß die ordentlichen Gerichte in jeder Lage des Verfahrens die Zulässigkeit des Rechtsweges von Amts wegen prüfen müssen. (Vgl. Entscheidung des Reichsgerichts Band 82 S. 128.) Wenn daher eine öffentliche Lebensversicherungsanstalt einen solchen „Einwand“ erhoben hat, so stellt er nichts anderes als eine Anregung des Gerichts zur Ausübung der ihm obliegenden amtlichen Prüfungspflicht dar; zugleich aber auch eine Selbstkritik in der Richtung, daß die einschlägigen Bestimmungen der eigenen Satzungen und Versicherungsbedingungen ihrer Rechtsverbindlichkeit nach für zweifelhaft erklärt werden. Die endgültige gerichtliche Nachprüfung dieser Zweifelhaftigkeit liegt im allgemeinen Interesse. Da es sich überhaupt nicht um verzichtbare Einwendungen handelt, so ist es nur zu begrüßen, wenn die Gerichte Gelegenheit erhalten, die eigenartigen Neubildungen des öffentlichen Lebensversicherungswesens daraufhin zu untersuchen, welcher Teil ihres „Wesens“ dem öffentlichen, und welcher dem Privatrecht angehört, und wie in den einzelnen, vielfach janusartigen Rechtsverhältnissen beide Rechtsgebiete sich gegenseitig durchdringen. Bei Lösung dieser neuen Aufgabe wird das Analogon des nunmehr gesetzlich geregelten (Preußisches Gesetz vom 25. Juli 1910) öffentlichen Feuerversicherungswesens ein wichtiges Hilfsmittel abgeben, mag nun die Aufgabe von den ordentlichen Gerichten oder in Gemäßheit der preußischen Verordnung vom 1. August 1879 (in der Fassung des Gesetzes vom 22. Mai 1902) und des preußischen Gesetzes vom 13. Februar 1854 von den in diesen Gesetzen zur Entscheidung von Kompetenzkonflikten vorgesehenen Gerichtshöfen der Lösung zugeführt werden. Und wenn auf diesem Wege keine befriedigenden Ergebnisse erzielt werden, so wird ja über kurz oder lang eine reichs- oder landesgesetzliche Regelung unvermeidlich sein.

Zur Denkschrift über die Rücklagen bei den Berufsgenossenschaften.

Von Verwaltungsdirektor Maximilian Marcus (Berlin).

Nach dem seitherigen Artikel 63 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung, dessen Vorgeschichte den Lesern dieser Zeitschrift aus Herrn Direktor Dr. *Höckners* Bericht im Julihefte des Jahrgangs 1911, S. 715 ff., bekannt ist, hatte der Bundesrat dem Reichstag im Jahre 1913 die gesetzlichen Vorschriften über Rücklagen zu erneuter Beschlußfassung wieder vorzulegen. Zur Erfüllung der ihm hierdurch auferlegten Verpflichtung hat der Stellvertreter des Reichskanzlers dem Reichstag in den letzten Tagen des Jahres 1913 eine Denkschrift zugehen lassen, die mit der Erklärung schließt, daß die verbündeten Regierungen keinen Anlaß sehen, eine Änderung der Reichsversicherungsordnung vorzuschlagen. In der Reichstagssitzung vom 12. Februar 1914 wurden die Fragen, die den Anlaß zur Abfassung der Denkschrift gegeben haben, eingehend erörtert, während von dieser selbst und ihrem Inhalte so gut wie gar nicht gesprochen wurde. Das Ergebnis der Beratung war die Überweisung der Denkschrift an eine Kommission von 14 Mitgliedern, die die endgültige



Entschließung des Reichstags über die seit vielen Jahren heiß umstrittene Frage der Rücklagen der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorbereiten soll.

Aus den Vorgängen, die zwischen jenem Reichstagsbeschlusse vom 17. Mai 1911 und dem Erscheinen der Denkschrift gelegen haben, soll hier nur einer zum Verständnis für manches von dem, was ich zu sagen habe, erwähnt werden. In der Beratung einer Sachverständigen-Kommission im Reichsamte des Innern, an der ich als Vertreter des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften teilnahm, hatte ich unter scharfer Kritik an den bisherigen amtlichen Berechnungen zur Begründung der Rücklagevorschriften die Behauptung aufgestellt, daß bei richtigerem Berechnungsverfahren und insbesondere bei Berücksichtigung des Wachsens der Lohnsumme die vermeintliche *Gefährlichkeit* des sogenannten *Umlageverfahrens* in nichts zerfließe; *solange* die Industrie noch lebenskräftig und entwicklungsfähig sei und demgemäß *die Lohnsummen noch steigen*, sei nicht nur nicht die in den amtlichen Schriften vorgerechnete Überschreitung des beim Kapitaldeckungsverfahren erforderlichen Beitrags bis um 48% zu befürchten, vielmehr *werde der Umlagebeitrag* ebensolange *voraussichtlich überhaupt nicht die Höhe des Kapitaldeckungsbeitrags erreichen.* Weitere Verhandlungen zur Sache wurden ausgesetzt, bis ich den angebotenen Beweis für diese, mit großen Zweifeln aufgenommene, aber für den Fall ihrer Bewahrheitung als ausschlaggebend anerkannte Behauptung vorgelegt hätte. In einer umfangreichen Schrift über „Umlage und Kapitaldeckung", die ich dem Reichsamt ein Jahr später, am 13. Mai 1913, überreichte und die ich seither in der zweiten Hälfte des Monats Dezember 1913, unmittelbar vor dem Herauskommen der Denkschrift, auch der Öffentlichkeit übergab, habe ich der übernommenen Beweispflicht zu genügen versucht. Die Denkschrift ist die Antwort auf dieses Buch, auch wenn es darin nicht genannt wird. Von dem, was sie nicht sagt, und von dem, was sie sagt, soll nunmehr einiges, was in das Fach der Versicherungswissenschaft schlägt, erwähnt und, so gut es in engem Rahmen geht, erörtert werden.

Zur Vorbereitung des Bodens für meine eigenen Gegenberechnungen habe ich in dem Werke zunächst die amtlichen Berechnungen in den Anlagen zum Berichte der 21. Reichstagskommission vom Jahre 1900, die die Grundlage für den bekannten § 34 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes gebildet hatten, ferner die Beweisberechnungen, mit denen man in der finanziellen Begründung der Reichsversicherungsordnung zur Widerlegung des gegen jene älteren Berechnungen erhobenen Einwandes der Unzuverlässigkeit nachzuweisen versucht hat, daß sie sich durch die seitherigen Erfahrungen in einem geradezu überraschenden Maße, im allgemeinen zu 99½% der Voraussage, als richtig erwiesen hätten, und endlich die neuen Berechnungen der finanziellen Begründung selbst auf das eingehendste untersucht. Hierbei wurde eine große Fehlerhaftigkeit nicht etwa nur der tatsächlich errechneten Zahlen, sondern des ganzen Verfahrens aufgedeckt. Von unrichtigen Voraussetzungen ausgehend und mit fehlerhafter Logik arbeitend, mußte es notwendig zu falschen Ergebnissen führen. Mein Urteil hierüber habe ich an zahlreichen Stellen so scharf ausgesprochen, wie es unter Einhaltung der Grenzen des Zulässigen überhaupt nur geschehen konnte. In der Denkschrift, als deren Verfasser ich nach seinem Auftreten in der Reichstagssitzung am 12. Februar

1914 unbedenklich den Kaiserlichen Regierungsrat Dr. *Aurin* nennen darf, ist auch nicht der leiseste Versuch, mich in diesen Punkten zu widerlegen, unternommen worden. Damit hat er die *vollkommene Haltlosigkeit der bisherigen Gesetzesbegründung* stillschweigend eingeräumt. *Ausdrücklich* erkannte er die Irrtümer seines Vorgängers in seiner Reichstagsrede vom 12. Februar 1914 an, in der er sie nur mit Entschuldigungsgründen zu beschönigen versuchte, die nebenbei auch nicht zutreffen.

In einer mehr positiven Form tritt Herr Dr. *Aurin* in nicht wenigen Punkten formalen und sachlichen Inhalts ganz auf den Boden meiner Darlegungen. Ich hatte es als unzulässig bezeichnet, in die Erörterung des Verhältnisses zwischen den finanziellen Wirkungen des Umlage- und denen des Kapitaldeckungsverfahrens auch die Verwaltungskosten einzubeziehen; in Übereinstimmung hiermit behandelt die Denkschrift als den „Umlagebeitrag" nur noch den relativen Betrag der Gesamtentschädigungen des einzelnen Jahres und als den „Kapitaldeckungsbedarf" — meines Wissens ein von mir zuerst hierfür gebrauchter Ausdruck — den Kapitalwert der erstmaligen Entschädigungen. Verurteilt hatte ich die nur den irrigen Anschein einer nicht vorhandenen Genauigkeit der *Rechnung* erweckende Genauigkeit der *Ausrechnung*, bei der in den Lohnsummen von Milliarden stets auch die letzte Mark mitberücksichtigt und die Ergebnisse zumeist bis auf das Zehntausendstel eines Pfennigs für je 1000 M. dieser Lohnsumme angegeben wurden. Meinem Vorgange folgend, rechnet jetzt die Denkschrift nur noch mit ganzen Millionen der Lohnsumme; die Ergebnisse bringt sie nur in Mark- und ganzen Pfennigbeträgen und teilweise sogar, hierin noch weiter als ich gehend, nur in Markbeträgen mit einer Dezimalstelle. Für dasjenige Jahr, in dem die erstmaligen Zahlungen aus einem Entschädigungsanspruch geleistet wurden, habe ich den Ausdruck „Ursprungsjahr" geprägt[1]); die Denkschrift hat ihn angenommen. Als einen Mangel an Folgerichtigkeit hatte ich die Benutzung des „Umwegs über die Weiterzahlungen des zweiten Bezugsjahrs" gekennzeichnet, auf dem die finanzielle Begründung die Entschädigungsabnahmeordnung aus den Weiterzahlungen des zweiten Jahres ableitete, weil die erstmaligen Entschädigungen hierfür nicht zuverlässig genug seien, dann aber doch das Schlußergebnis nach dem Durchschnittsverhältnis zwischen zweitjährigen und erstmaligen Zahlungen in ein Vielfaches von diesen umrechnet; Herr Dr. *Aurin* baut seine Abnahmeordnung auf die erstmaligen Entschädigungen auf.

Wichtiger als dies und noch manches andere solcher Art aber ist seine Erklärung auf Seite 12:

> *„Der Umlagebeitrag hat sich in angemessenen Grenzen gehalten, und es ist bei den gegenwärtigen gesetzlichen Vorschriften nicht zu besorgen, daß die Beitragslast unerträglich wird."*

Damit ist in voller Übereinstimmung mit dem, was das Hauptergebnis meiner Beweisführung sein sollte, der Grund, mit dem man seinerzeit dem Reichstage die Notwendigkeit hoher Rücklagen einleuchtend gemacht hatte, *zurückgezogen.*

[1]) Hierauf weist Herr Geheimrat Dr. *Pietsch* auf S. 98 dieser Zeitschrift, Bd. XIV, in seiner Arbeit über dieselbe Frage andeutungsweise hin. Wenn er hier mein Werk sonst nicht erwähnt hat, so hatte dies seinen Grund in der Bitte um *vertrauliche* Behandlung, mit der ich ihm im Mai 1913 das damals erst noch „als Manuskript gedruckte" Buch überreicht hatte und die zur Zeit der Drucklegung seiner Abhandlung noch nicht zurückgezogen war.



Übrigens aber enthalten die eben angeführten Worte „in angemessenen Grenzen“ nur eine recht erhebliche Beschönigung der kolossalen Nichtübereinstimmung zwischen den früheren Vorausberechnungen und den seitherigen Erfahrungen der Wirklichkeit, zwischen denen jene angebliche Übereinstimmung zu 99½ % bestehen sollte.

Die Zukunftsberechnungen über das Steigen des Umlagebeitrags sind in den früheren amtlichen Schriften nur für den Durchschnitt aller Berufsgenossenschaften aufgestellt, dies übrigens mit Recht, weil nur die großen Zahlen der Gesamtheit, in denen sich Ungleichmäßigkeiten bei den einzelnen Genossenschaften ausgleichen, ein zutreffendes Bild der Dinge geben können. Für diesen Durchschnitt waren in der „Anlage VI“ zum Kommissionsbericht vom Jahre 1900, wenn ich von jeder der dort tatsächlich genannten Zahlen 1,40 M., als den unzulässigerweise miteinbezogenen Verwaltungskostenbetrag, absetze, für die Jahre 1901 bis 1912 folgende Beträge auf den Kopf der Versicherten genannt worden:

9,45 — 9,90 — 10,30 — 10,70 — 11,10 — 11,50 — 11,85 — 12,20 — 12,55 — 12,90 — 13,20 — 13,50 M.

Setzen wir die erste dieser Zahlen = 100, so sollte sich, jener Vorausberechnung nach, das Steigen des Umlagebeitrags nach folgender Reihe entwickeln:

100 — 105 — 109 — 113 — 117 — 122 — 125 — 129 — 133 — 137 — 140 —143.

Abweichend von seinem Vorgänger unterzieht *Aurin* die Entwicklung der Verhältnisse bei *jeder einzelnen* Berufsgenossenschaft (außer der an der Frage der Rücklagen unbeteiligten Tiefbau-Berufsgenossenschaft) einer besonderen Betrachtung. Für die Jahre 1901 bis 1912 gelangt er hierbei zunächst zu dem Ergebnisse, daß die Entschädigungszahlungen bei der großen Mehrzahl der Berufsgenossenschaften *fortgesetzt* gestiegen seien; „nur“ bei 26 von ihnen — also bei 40 % aller 65 — sei die Zahl des Jahres 1912 nicht die höchste (S. 7). Aber hier handelt es sich um die absoluten Summen, die schlechterdings nichts beweisen. Jedem Beitragspflichtigen wird es lieber sein, an der Aufbringung einer Entschädigungssumme von 1 000 000 M. mit einem Beitrage von nur 8 M. auf je 1000 M. seiner Lohnsumme teilnehmen zu müssen, als wenn seine Genossenschaft nur 800 000 M. Entschädigungen zu zahlen, er aber hierzu 10 M. auf je 1000 M. beizutragen hat. Auch wird z. B. die Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, die im Jahre 1912 eine Entschädigungssumme von 2 000 000 M. zu zahlen hatte, diese aber auch auf eine Lohnsumme von 500 000 000 M. verteilen konnte, gewiß nicht mit der Ostdeutschen Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft tauschen wollen, die nur 300 000 M. Entschädigungen, diese aber auf nur 15 000 000 M. Lohnsumme umzulegen hatte. Jenem *fortgesetzten* Steigen der Entschädigungssumme nun, das bei 39 von 65 Berufsgenossenschaften zu beobachten war, steht ein *noch viel fortgesetzteres* Steigen der Lohnsumme bei allen 65 gegenüber. Bei 58 von ihnen war die Lohnsumme im letzten Jahre die höchste der ganzen Zeit; nur bei vier Genossenschaften war sie im Jahre 1912 erkennbar kleiner als im Vorjahr, in dem auch sie den höchsten Lohnbetrag hatten, und bei drei anderen mit kleinen Zahlen, bei denen auch schon wenige hunderttausend Mark Unterschied einen gewissen Ausschlag geben, war die letztjährige Lohnsumme in runder Millionenzahl der Vorjahrssumme gleich. Bei Ermittlung auch des Relativbetrags der Umlage (auf je

1000 M. Lohn) aber stellt die Denkschrift selbst fest, daß der höchste Betrag nur bei einer Berufsgenossenschaft im Jahre 1912 und nur bei drei Genossenschaften im Jahre 1910 zu verzeichnen war (S. 11). Dagegen ist er bei 35 von ihnen schon seit 1907, bei 23 von diesen schon seit 1904, bei 14 der letzterwähnten schon seit 1902 und bei 5 sogar schon seit 1901 nicht wieder auf oder über den Betrag der ebengenannten Jahre gestiegen.

Schlechter konnte doch wahrlich jene Prophezeiung von dem *steten Steigen des Umlagebeitrags* nicht bestätigt werden. Und wenn man einwenden wollte, daß die Relation zur Kopfzahl etwas anderes ist als die zur Lohnsumme, worauf ich selbst, soviel ich weiß, zuerst in solchem Zusammenhange hingewiesen habe: wie steht es mit den Voraussagen der finanziellen Begründung über die Entwicklung des Umlagebeitrags auf je 1000 M. der Lohnsumme? Folgende Zahlen für den Durchschnitt aller 66 Berufsgenossenschaften, da die Tiefbau-Berufsgenossenschaft in jene Vorausberechnungen miteinbezogen war, mögen es zeigen. Nach Übersicht 43 der finanziellen Begründung sollte sich der Umlagebeitrag in den Jahren 1908 bis 1912 nacheinander auf 13,74 — 14,58 — 15,36 — 16,10 — 16,80 M. stellen. In Wirklichkeit waren es 13,01 — 13,22 — 12,54 — 11,85 — 11,27 M. Der drittletzte dieser Beträge war kleiner als der des Jahres 1902, die beiden letzten kleiner noch als der des Jahres 1901!

Herr Dr. *Aurin* — ich spreche hier nur von dem Manne der Wissenschaft und nicht von dem Beamten — zieht denn auch aus seinen Feststellungen *zunächst* einen ungefähr richtigen Schluß dahin, daß sich bei der Ungewißheit der Entwicklung der Lohnsumme zutreffende Berechnungen über die künftige Gestaltung der Umlagebeiträge nicht anstellen lassen. Wie aber bringt er es dennoch fertig, die Notwendigkeit der unveränderten Beibehaltung der Rücklagevorschriften zu beweisen? Waren diese doch der Reichstagsmehrheit nur eben dadurch mundgerecht gemacht worden, daß ihr ein anderer Versicherungstechniker, gleichfalls Reichsbeamter, auf Heller und Pfennig vorgerechnet hatte, in wie gefährlicher Weise die Umlagebeiträge noch steigen würden, wenn man dem nicht durch Bereitstellung hoher Zinseinnahmen aus der Rücklage vorbeuge.

Hierzu verhilft Herrn Dr. *Aurin* ein schwerer Fehler, auf dem er mich ertappt zu haben glaubt. Mit den einleitenden Worten, „aus den Kreisen der gewerblichen Berufsgenossenschaften werde behauptet," führt er aus meinem Buche (S. 382) folgende Sätze wörtlich an:

1. Bei stetem, sei es auch nur mäßigem, Steigen der Lohnsumme erreicht der relative Beitrag des Umlageverfahrens *niemals* die Höhe des zu gleicher Zeit für die Kapitaldeckung erforderlichen Betrages.
2. An diesem Verhältnisse wird sich auch dann nichts ändern, wenn durch Rückgang der Unfallgefahr und durch Beschleunigung der Rentenabnahme der Kapitalwert der neuen Unfallbelastung sinkt. Wirken diese beiden Umstände auf den Umlagebeitrag langsamer in verminderndem Sinne ein, so tritt bei ihm als drittes Agens, das bei der Kapitaldeckung fehlt, die Zunahme der Löhne hinzu.

Und hierauf gibt er zur Antwort:

(a) „Wie die vorstehenden Untersuchungen," auf die ich noch zurückkomme, „erkennen lassen, sind diese Behauptungen unzutreffend.

(b) Die Löhne spielen bei der Frage, ob Kapitaldeckung oder Umlage vorteilhafter ist, überhaupt keine Rolle.
(c) Wie es scheint, ist unter Kapitaldeckung etwas anderes verstanden worden, als in den bisherigen amtlichen Berechnungen gemeint ist."

Die bewußten Kreise der gewerblichen Berufsgenossenschaften sollen sich nämlich einer

„Gleichsetzung des Umlagebedarfs und des *Kapitaldeckungsbedarfs, wie er* in diesen Untersuchungen und *in der Versicherungswissenschaft verstanden wird,"*

schuldig gemacht haben, und diese Gleichsetzung

„ist offenbar unzulässig und muß zu unrichtigen Ergebnissen führen".

Gehe ich diese drei Beweisgründe in rückläufiger Reihenfolge durch, so muß ich zunächst bekennen, daß es mir vollkommen unverständlich ist, was Herr Dr. *Aurin* mit der *angeblichen* Gleichsetzung des Umlage- und des Kapitaldeckungsbedarfs gemeint hat. Er wolle mir eine einzige Stelle in meinem Buche zeigen, wo ich die beiden Größen, deren versicherungs*wirt*schaftliche Unterschiede herauszuarbeiten der Hauptgegenstand meines Bemühens war, einander gleichgesetzt habe. Wenn er aber im Zusammenhange hiermit dem Verfasser eines dicken Buches über Umlage und Kapitaldeckung vorwirft, nicht zu wissen, was die Wissenschaft unter Kapitaldeckung versteht, so schlägt dies in die gleiche Kampfesart, wie die von dem *Bundeskommissar* Regierungsrat Dr. *Aurin* vor versammeltem Reichstag am 12. Februar 1914 in einer wohlvorbereiteten Rede aufgestellte Behauptung, mein Buch, das erst im Mai 1913 fertiggestellt und erst um den 20. Dezember 1913 dem Buchhandel übergeben wurde, sei schon über ein Jahr in der Öffentlichkeit, ohne daß ihm eine Kritik bekannt geworden sei. Wieder muß ich Herrn Dr. *Aurin* bitten, mir auch nur eine Stelle nachzuweisen, wo ich unter Kapitaldeckung etwas anderes verstanden habe, als was er selbst auf S. 6 seiner Arbeit mit den Worten bezeichnet:

das Verfahren, den Kapitalwert der in einem Jahre entstandenen Verpflichtungen aufzubringen.

Zu b verweise ich auf die in dieser Zeitschrift erschienene Arbeit des Geheimrats Dr. *Pietsch.* Ich habe auf S. 308 unter der Voraussetzung eines Gleichbleibens des Maßes der gesetzlichen Entschädigungspflicht, des Gefahrengrades und der Stärke der Entschädigungsabnahme folgende Sätze formuliert:

1. Beim Umlagebeitrage nach der Kopfzahl heben sich die Vermehrung der Versicherten und die Erhöhung der Einzellöhne in ihrer Wirkung gegenseitig mehr oder weniger auf, je nachdem, welches von beiden stärker ist, während

2. der Kapitaldeckungsbeitrag nach der Kopfzahl von der Zunahme der Versichertenzahl unbeeinflußt bleibt, aber durch die Erhöhung der Lohnsätze steigt.

3. Bei Zugrundelegung des Maßstabs der Lohnsumme bleibt sich (unter jenen anderen Voraussetzungen) der relative Kapitaldeckungsbeitrag ohne Unterschied danach gleich, ob und wie sich die Kopfzahl oder die Lohnhöhe oder beides ändert, wogegen

4. sowohl die Vergrößerung der Kopfzahl wie die Erhöhung der Einzellöhne den unter sonst gleichen Umständen zu erwartenden Umlagebeitrag verringert, also die beitragsmindernde Wirkung der einen Veränderung durch die der anderen nur verstärkt wird.

Ganz genau dasselbe sagt *Pietsch,* und zwar zu 3. und 2. auf Seite 104, zu 4. und 1. auf S. 106. Die Satzpaare 1 und 2 für sich und 3 und 4 für sich beweisen aber, dächte ich, zur Genüge, daß die Löhne hier *keineswegs* „überhaupt keine Rolle spielen“, sondern im Gegenteil sehr stark mitsprechen. Das Hinwerfen einer so unrichtigen Behauptung in apodiktischer Form ist keine Widerlegung!

Nun sollen mich aber auch die „vorstehenden Untersuchungen“ (a) widerlegt haben. Deren Ergebnisse, die allem Anscheine nach beim Bundesrate den Ausschlag gegeben haben und auch in der Tagespresse vertrauensvoll abgedruckt wurden, scheiden sich in zwei Gruppen:

1. für die einzelnen Berufsgenossenschaften,
2. für die Gesamtheit.

Von jenen soll schon jetzt rund ein Drittel — hier heißt es nicht, wie vorhin, „*nur*“ ein Drittel, obgleich es hier erst 23 und noch nicht 26 von 65 sind, — „den *finanziellen Nachteilen des Umlageverfahrens*“ ausgesetzt sein, indem bei ihnen der Kapitaldeckungsbeitrag niedriger als der tatsächliche Umlagebeitrag sein würde. Das scheint mich allerdings zu schlagen, wenn ich nicht überhaupt nur von der Gesamtheit gesprochen hätte. Und bei dieser stand auch nach der *Aurin*schen Berechnung der Umlage- zum Kapitaldeckungsbedarf im Jahre 1912 erst wie

$$116\,588 : 139\,792 = 83 : 100.$$

Sodann: *welche Folgewidrigkeit,* aus derselben unregelmäßigen Gestaltung der Entschädigungssumme in den einzelnen Jahren der Vergangenheit, die keine auch nur annähernd brauchbaren Schlüsse auf die künftige Entwicklung der Entschädigungszahlungen zuläßt, *einen Kapitalisierungsfaktor überhaupt berechnen zu wollen!* Als ob der „*Kapitalwert der Entschädigungen*“ etwas anderes wäre, als die Summe der auf das Ursprungsjahr diskontierten *unbekannten* Beträge, mit denen die in diesem Jahre entstehenden Entschädigungsverpflichtungen an einigen 50 (oder wie vielen sonst) künftigen Umlagen beteiligt sein werden. Lassen aber die Erfahrungen über die durchschnittliche Entschädigungsabnahme vom Ursprungsjahre zum 2., 3., 4. usw. Bezugsjahre soweit sichere Schlüsse zu, daß man aus ihnen eine brauchbare Abnahmeordnung und hieraus bei Division der einzelnen Abnahmezahlen durch 1,035, $1{,}035^2$, $1{,}035^3$ usw. einen leidlich zuverlässigen Faktor für die Berechnung des Kapitalwerts der erstmaligen Entschädigungen ableiten kann, so ist nicht abzusehen, warum die Erfahrungen derselben Vergangenheit über das Wachstum der Lohnsummen wertlos wären und deshalb die Erlangung eines ungefähr zutreffenden Bildes über die künftige Entwicklung des Umlagebedarfs unmöglich sein sollte. Entweder ist beides oder keines von beiden angängig, — wenn nicht etwa das, „was die Versicherungswissenschaft unter Kapitaldeckung versteht,“ der *Inbegriff einer Phantasiezahl* sein soll.

Endlich aber sehe man sich einmal diese „*finanziellen Nachteile*“ an einigen Beispielen an. Am „schlimmsten“ von allen Berufsgenossenschaften, soviel ich finden kann, steht die Schlesische Textil-Berufsgenossenschaft da, weil sie bei einem Kapitalisierungsfaktor von nur 7,5 im Jahre 1912 das Pech gehabt hat, nur 13 000 M. erstmalige Entschädigungen zahlen zu müssen (S. 14 bei Nr. 23). Ihre Gesamtumlage betrug, da die früheren Zahlen nicht so niedrig gewesen waren, 176 000 M., der Kapitalbedarf für die neuen Fälle des Rechnungsjahres 97 000 M.; also überstieg der Umlagebedarf den Kapitaldeckungsbedarf um 79 000 M. oder um 81 %. Die Textil-

Berufsgenossenschaft von Elsaß-Lothringen dagegen (Nr. 24) hatte bei einer nur um 42½ % größeren Lohnsumme einen Umlagebedarf von 469 000 M., also von 266 % desjenigen der Schlesischen; ihre erstmaligen Entschädigungen betrugen 41 000 M., ihr Kapitalisierungsfaktor ist 16,1. So hatten denn die Textilindustriellen des Reichslandes vor ihren schlesischen Kollegen den Vorzug, mit einem Kapitaldeckungsbeitrage von 660 000 M. rechnen zu können, zu dem der Umlagebeitrag nur in dem Verhältnis von 71 : 100 steht; sie waren noch um 29 % besser dran als bei der Kapitaldeckung. Aber ob es nicht die Elsaß-Lothringer doch vorziehen würden, 181 statt nur 71 % des Kapitaldeckungsbeitrags zu zahlen, wenn jenes bei ihnen ebenso, wie die schlesischen 181 %, nur 4,40 M. auf 1000 M. Lohn wären, statt der 8,23 M., die sie bei ihren 71 % wirklich aufzubringen hatten?

Ebenso verfehlt wie diese Anschauung, daß es eine finanzielle Benachteiligung sei, wenn die sinkende Umlage der plötzlich, jedoch *gerade infolge der Abnahme des Umlagebedarfs selbst* sinkenden Kapitaldeckung nicht so rasch folgen kann und umgekehrt, ist der Beweis des Herrn Dr. *Aurin* dafür, daß beim Durchschnitt aller Genossenschaften im Jahre 1919 der Umlagebeitrag über den Kapitaldeckungsbeitrag gestiegen sein wird. Er rechnet, um es kurz zu sagen, wie folgt. Der Kapitalwert der erstmaligen Entschädigungen ist ihr 8,7faches. Die Gesamtentschädigungen betrugen im Jahre 1912 das 7,2fache derselben erstmaligen Entschädigungen. Zieht man den Durchschnitt zwischen dem kleinsten und größten Vielfachen, das die Gesamtumlage innerhalb der Zeit von 1901 bis 1912 aufwies, so ergibt sich eine Jahreszunahme um das 0,25fache. Und wenn man nun annimmt, daß die Zunahme so weiter geht, so kommt man für das Jahr 1918 auch für die Umlage auf das 8,7fache der erstmaligen Entschädigungen; also hat der Umlagebeitrag den Kapitaldeckungsbeitrag erreicht, im nächsten Jahre geht er schon über ihn hinaus. Somit ist nach Seite 21 das Jahr 1919 als dasjenige *„ermittelt“* (!), von dem ab das Kapitaldeckungsverfahren für den Durchschnitt der Genossenschaften wirtschaftlich vorteilhafter sein wird.

Man braucht nun aber nicht, wie ich es soeben tat, mit einem Steigen der Umlage zu rechnen, sondern man kann, *und das tut* Herr Dr. *Aurin* auf S. 16 Absatz 2, auch den Kapitaldeckungsbeitrag unter den Umlagebeitrag, der sich ja nicht für die Zukunft berechnen läßt, heruntergehen lassen. Dann hätten wir ebenfalls in 6 Jahren das 7,2-fache der erstmaligen Entschädigungen sowohl als den Umlage-, wie als den Kapitaldeckungsbeitrag. Aber diese Bewegung macht doch auch nicht beim Jahre 1918 Halt, sondern muß fortschreiten, da sonst beide Beitragsformen nur eben gleich vorteilhaft sein würden. Läßt man hiernach den Kapitaldeckungsbeitrag fernerhin, sei es auch etwas langsamer, sinken, so kommt irgendeinmal, je nachdem, welchen Minderungssatz man annimmt, der Kapitaldeckungsbeitrag auf das 0,0fache der erstmaligen Entschädigungen zu stehen, während dieselbe Zukunft, der dieses Glück beschieden sein könnte, bei dem leidigen Umlageverfahren immer noch das 7,2fache der erstmaligen Entschädigungen aufbringen muß!

Eine *„zweckmäßigere und sorgfältigere Begründung“* der Rücklagevorschriften, als in der früheren Vorlage, wie sie *Höckner* im Jahrgang 1911 S. 719 gefordert hat, kann ich hiernach in der Denkschrift vom Dezember 1913 nicht finden.

Bücherbesprechungen.

Neue Schriften zur Arbeiter- und Angestelltenversicherung.

Besprochen von Kreisamtmann Dozent Dr. v. Köbke (Darmstadt).

Mentzel, Schulz u. Sitzler. Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911. Verlag Vahlen, Berlin 1913. 987 Seiten.

Nach dem Vorwort erstrebt der vorliegende Kommentar möglichste Vollständigkeit. Er berücksichtigt die gesamten Materialien sowie die umfangreiche Rechtsprechung auf den Verwaltungsgebieten der Arbeiterversicherung, die einschlägige Literatur wenigstens ziemlich erschöpfend. Die wichtigeren Ausführungsbestimmungen des Reichs und der Bundesstaaten sind im Anhang abgedruckt. Leider konnte jedoch die von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte herausgegebene Anleitung vom 20. Juni 1912, betreffend den Kreis der nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 versicherten Personen in dem Kommentar selbst nicht mehr berücksichtigt werden. Die seitherige Rechtsprechung auf dem Gebiet der Sozialversicherung ist im weitestgehenden Maße, vielleicht zu weitgehend, herangezogen. Auch die übrigen Rechtsgebiete und Ergebnisse der Wissenschaft sind, soweit sie hineinspielen, vielleicht auch hier zu weitgehend, berücksichtigt. Gern hätte ich es dagegen gesehen, wenn der schwierige Begriff der Berufsinvalidität eingehender, als geschehen, erläutert worden wäre. Diese kleinen Ausstellungen sollen den Wert dieses umfangreichen und sorgfältig bearbeiteten Kommentars in keiner Weise mindern. Druck und Übersichtlichkeit sind zu loben.

Stier-Somlo. Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911. Handausgabe mit Einleitung, Erläuterungen, Ausführungsbestimmungen und Sachregister. Becksche Verlagsbuchhandlung, München 1913. 502 Seiten.

Der vorliegenden Handausgabe ist uneingeschränktes Lob zu zollen. Sie ist naturgemäß weit kürzer und auch konzentrierter gehalten als das vorstehend besprochene Werk, stets aber ist das Wesentlichste und Notwendigste gebracht, die Literatur sogar noch eingehender berücksichtigt. Wenn in dem Vorwort ausgeführt wird, das vorliegende Werk versuche, in gedrängtester Darstellung die Fülle des Stoffs zu meistern, so ist der gestellte Zweck vollkommen erreicht.

Brunn. Versicherungsgesetz für Angestellte. 4. vermehrte Auflage. Carl Heymanns Verlag, Berlin 1913. 431 Seiten.

Die vorliegende Ausgabe ist ein besonderer Band der bekannten Heymannschen Taschengesetzsammlung. Die Kommentierung ist naturgemäß eine kurze, gibt aber wohl über die wichtigsten Fragen hinreichenden Aufschluß. Auffallend gering ist die neuerschienene Litteratur beachtet.

Funke-Nernst. Ausführungsbestimmungen zum Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 für das Reich und die sämtlichen Bundesstaaten. Verlag Vahlen, Berlin 1913. 372 Seiten.

Das Werk enthält die Verordnungen und Bundesratsbeschlüsse, Bekanntmachungen, Rundschreiben, Erlasse, Verfügungen usw., die bis zum 1. April 1913 zu dem Versicherungsgesetz für Angestellte von dem Reich und den einzelnen Bundesstaaten erlassen sind. Spätere Ausführungsbestimmungen werden gegebenenfalls in einem Ergänzungsband mitgeteilt werden.

Hahn. Handbuch der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung mit den Nebengesetzen und den Ausführungsvorschriften des Kommentars zum Krankenversicherungsgesetz. 7. vollständig umgearbeitete Auflage, I. Band. Verlag Arbeiterversorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde 1913. 743 Seiten.

Der vorliegende erste Band des Handbuchs der Reichsversicherungsordnung enthält eine Anleitung sowie den Wortlaut und die Erläuterung der §§ 1 bis 536 der Reichsversicherungsordnung; er vereinigt alle die Vorzüge, die den seitherigen Kommentar desselben Verfassers zum Krankenkassenversicherungsgesetz auszeichneten. Die Sprache ist einfach, klar und leicht verständlich, die Anordnung des Stoffs übersichtlich und die Beherrschung des oft äußerst schwierigen und spröden Stoffes ist eine geradezu vollkommene. Im wohltuenden Gegensatz zu manch anderen Kommentaren hat der Verfasser sich bei seiner Kommentierung nicht darauf beschränkt, die Motive der Reichsversicherungsordnung mehr oder minder kritiklos zu den einzelnen Paragraphen der R.V.O. abzudrucken, stets ist vielmehr das Wichtige von dem Unwichtigen geschieden und letzteres fortgelassen. Ferner ist die seitherige Literatur und die Rechtsprechung in einem so weitgehenden Umfang berücksichtigt, wie es nur einem in der Krankenversicherung so erfahrenen Verfasser wie *Hahn* möglich ist. Welche Streitfragen auch in der Praxis sich ergeben werden, der Praktiker wird wohl stets hinreichend Antwort in diesem trefflichen Kommentar finden.

Der zweite, noch nicht erschienene Band des Handbuchs wird die übrigen einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, des Einführungsgesetzes, das Gesetz über die Aufhebung des Hilfskassengesetzes, die Anleitung des Reichsversicherungsamts, die Mustersatzung und die wichtigen Ausführungsbestimmungen bringen.

Petersen. Die Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911. 7., vollständig neu bearbeitete Auflage des Krankenversicherungsgesetzes. I. Band, 1. und 2. Buch, 993 Seiten, II. Band, 3., 4., 5. und 6. Buch und Einführungsgesetz. Verlag Grefe & Tiedemann, Hamburg 1913. 719 Seiten.

Auch dieser Kommentar ist aus einem früheren Kommentar des gleichen Verfassers zum Krankenversicherungsgesetz hervorgegangen und weist die gleichen Vorzüge des früheren Kommentars auf, nämlich große Reichhaltigkeit des Stoffes und eine erschöpfende Wiedergabe der Rechtsprechung und auch der Literatur. Der Kommentar wird insbesondere für Praktiker wertvolle Dienste leisten, wie auch der frühere Kommentar bereits 6 Auflagen erlebt hat.

Buhle. Die Invalidenversicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung. Metzlersche Buchhandlung, Stuttgart 1913. 339 Seiten.

Das Werk enthält im wesentlichen neben dem Abdruck der von dem Reichsversicherungsamt herausgegebenen Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 eine alphabetische Ordnung der Berufszweige nebst den hierzu ergangenen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts. Das Werk mag für den praktischen Gebrauch mitunter ganz wertvolle Dienste, insbesondere eine Erleichterung beim Nachschlagen der Revisionsentscheidungen des Reichsversicherungsamts leisten, besonderer wissenschaftlicher Wert kommt dem Werkchen nicht zu.

Beckmann. Tafeln zur Ermittelung der Invaliden- und Altersrenten. Verlag Arbeiterversorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde 1913. 230 Seiten.

Die vorliegende neue Ausgabe bildet die Fortsetzung der in Gemeinschaft mit Dr. *Niebour* beim Inkrafttreten des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes im amtlichen Auftrag herausgegebenen Tafeln zur Berechnung der Invaliden- und Altersrenten. Sie ist jetzt den Vorschriften des vierten Buches



der Reichsversicherungsordnung entsprechend ergänzt und dürfte der Zweck des Verfassers, daß sie zur Verminderung der mit der Feststellung und Anweisung der Invaliden- und Altersrenten verbundenen rechnerischen Arbeiten wesentlich beitrage, wohl voll erreicht sein.

* * *

Die neuen Aufgaben der Sozialversicherung in der Praxis. I. C. B. Mohr, Tübingen 1913. 337 Seiten.

Unter diesem Sondertitel sind Vorträge erschienen, welche in den Kölner Fortbildungskursen für Kommunal- und Sozialbeamte gehalten worden sind, um die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung wissenschaftlich vertieft vorzuführen. Durch diese Veranstaltung hat die Kölner Hochschule, die schon in so vielen anderen Dingen meisterhaft vorbildlich und bahnbrechend gewirkt hat, sich einen neuen Ruhmestitel erworben; denn gleichviel welchen Standpunkt man gegenüber der heutigen Sozialversicherung einnimmt, niemand wird ohne erhebliche Bereicherung seiner Kenntnisse den vorliegenden Band aus der Hand legen, in welchem Praktiker und Theoretiker der Sozialversicherung das Wort ergriffen haben.

Moldenhauer erörtert grundsätzliche Versicherungsfragen der Sozialversicherung, *Stier-Somlo:* die Organisation der Krankenkassen sowie Streitfragen der Angestelltenversicherung, *Spielhagen:* die Krankenversicherung der besonderen Berufszweige, *Lohmar:* Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung, *Marie Baum:* die Stellung der Frau in der Reichsversicherung, *Eisenhuth:* das Recht der Kassenangestellten, Präsident *Kaufmann:* das schadenverhütende Wirken der Arbeiterversicherung, *Schmittmann:* die Nutzbarmachung der Reichsversicherungsordnung für das Land, *Schellmann:* die Trunksuchtsbekämpfung und Trinkerfürsorge, *Mugdan und Wandel:* die Arztfrage, *Schweighoffer:* die Belastung der Industrie, *Giesberts:* die Bedeutung der sozialen Gesetzgebung für die Volkswirtschaft und *Rose:* die Volksversicherung als Ergänzung der Sozialversicherung. Wie aus dieser Aufzählung zu ersehen ist, hat man versucht, die verschiedenen Richtungen in der Auffassung der Sozialversicherung zu Wort kommen zu lassen. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn dem Kölner Vorbild auch andere Hochschulen folgen würden.

Berlin. Professor Dr. Manes.

Neue Literatur zur Arbeitslosenversicherung.

Besprochen von Professor Dr. Manes, Berlin.

Wagner, M., Dr. Zur Frage der Arbeitslosenversicherung in Deutschland. Zillessen, Berlin 1913/14. 115 Seiten.

Kumpmann, Karl, Dr. Die Reichsarbeitslosenversicherung. J. C. B. Mohr, Tübingen 1913. 150 Seiten.

Zu den besten Schriften, welche über die Arbeitslosenfürsorge kurz und gut orientieren, gehört eine Schrift, die Dr. *M. Wagner* vor mehreren Jahren hierüber veröffentlicht hat, und in der er als warmer Befürworter dieser Versicherung auftritt. Inzwischen hat *Wagner* als Geschäftsführer von Unternehmer-Verbänden Gelegenheit gehabt, seine theoretischen Auffassungen nachzuprüfen, und er erklärt im Vorwort seiner neuen Schrift, daß es ihm »genau wie so vielen Sozialpolitikern« ergangen sei, die durch praktische Erfahrung dazu gekommen sind, »ihre theoretisch gewonnenen sozialpolitischen Anschauungen in manchen Punkten einer gründlichen Revision zu unterziehen«. Mit anderen Worten: *Wagner* sieht die Frage einer Arbeitslosenversicherung jetzt mit ganz anderen Augen an, er betrachtet sie ausschließlich vom Standpunkt der Unternehmer und kommt infolgedessen zu einer schroffen Ablehnung. Auch wer extremer Sozialpolitiker ist, wird wohl zugeben, daß sich über das Ob und Wie einer Arbeitslosenversicherung durchaus streiten läßt. Aber wenn man gegen sie zu Felde zieht, so sollte man, namentlich wenn man nicht nur die Praxis, sondern auch die Theorie beherrscht, dies mit wirksameren Waffen tun, als *Wagner* es

in seiner neuen Schrift versucht. Eine ganze Anzahl von Vorwürfen und Behauptungen werden hier aufgestellt, die, wenn auch nicht widerlegt, so doch außerordentlich zweifelhaft sind, und die dem Projekt anhaftenden Mängel werden besonders stark hervorgehoben, während etwaige Vorteile überhaupt kaum Anerkennung finden. Der Ideenkreis, auf dem der Verfasser sich jetzt bewegt, geht deutlich aus seinen Schlußworten hervor, in denen es heißt: »daß die deutschen Unternehmer mit vollem Recht von der Reichsregierung die Erklärung erwarten, daß sie auf dem Gebiet der Arbeitslosenversicherung den Lockungen der sozialdemokratischen Gewerkschaften in keiner Weise folgt«.

Auf viel höherer Warte steht die ganz kurz vorher erschienene Schrift von *Kumpmann*. Hier herrscht wissenschaftliche Gründlichkeit, objektive Prüfung aller in Betracht kommenden Standpunkte und Erfassung des Problems mit allen seinen Wurzeln. *Kumpmann* untersucht zunächst, was Arbeitslosigkeit ist, prüft ihre Bedeutung für die Volkswirtschaft, stellt die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, die Organisation des Arbeitsmarktes und die Arbeitsbeschaffung dar und schildert dann die bisherigen Versuche der Arbeitslosenversicherung und ihre Ergebnisse. Er tritt alsdann für eine Reichsarbeitslosenversicherung ein, indem er zwar die Hindernisse einer sofortigen Durchführung nicht verkennt, in interessanter Weise aber die mögliche Zwischenlösung darstellt und dann das Für und Wider einer Reichsversicherung erörtert, alles in einer Weise, die Freund und Feind dieser Problemlösung beachtlich finden wird. Nach *Kumpmann* ist eine Reichsarbeitslosenversicherung nicht bloß ein Erzeugnis der konstruierenden Phantasie der Theoretiker, sondern das letzte Glied in der ganzen Reihe von Maßnahmen, durch die man das Phänomen der Arbeitslosigkeit immer mehr einzuschränken, immer minder schädlich zu machen sucht. Die Schattenseiten des Versicherungsplanes sind deutlich genug, aber auch die Lichtseiten muß man betrachten. »In menschlichen Dingen gibt es keine reine Freude; und so muß auch jede kleine Politik eine Politik der kleineren Übel sein.« Eine systematische Fürsorge für die Arbeitslosen würde »eine eminent krisenmindernde Wirkung haben«. Mit *Herkner* ist *Kumpmann* der Auffassung: »Man kann nicht erwarten, daß unsere Arbeiter mit der gegenwärtigen Wirtschaftsordnung einen aufrichtigen Frieden schließen, so lange sie ihnen keine ausreichende Schutzwehr gegen den Abgrund der Arbeitslosigkeit errichtet. Nicht neue Personengruppen sollen vom Versicherungszwang erfaßt werden, nicht höhere Leistungen sollen durch die bestehenden Versicherungen gewährt werden, für eine Besserstellung über das Nötigste hinaus soll der Einzelne selbst eintreten, da soll die Privatversicherung ihr Feld behalten, aber eine Reichsarbeitslosenversicherung wird nach Kumpmann von diesem berechtigten Vorwurf nicht getroffen.

Neue Werke zur Privatversicherung.

Das deutsche Feuerversicherungswesen. Festschrift zum 25jährigen Regierungsjubiläum S. M. Kaiser Wilhelms II. am 15. Juni 1913. Herausgegeben von der Gesellschaft für feuerversicherungsgeschichtliche Forschung, E. V. zu Halle (Saale). Hannover. Rechts-, staats- und sozialpolitischer Verlag. 2 Bände. 612 und 608 Seiten.

Als Herausgeberin dieser beiden starken Bände zeichnet die „Gesellschaft für feuerversicherungsgeschichtliche Forschung". In der Einleitung zum ersten Band äußert sich der Führer dieser Gesellschaft, Dr. *Wilhelm Schäfer* in Hannover, über „Bedeutung und Aufgaben der Feuerversicherungswissenschaft". Das alte Mißverständnis: allerlei Bemerkungen über Arbeitsteilung und Spezialforschung, die einen selbstverständlich, die andern halb richtig. Aber diese Bemerkungen treffen die Frage gar nicht. Als ob Arbeitsteilung und Spezialforschung nicht auch *innerhalb* einer und derselben geschlossenen Disziplin möglich wären! Als ob ein Teilgebiet einer Wissenschaft, dessen Bearbeitung eines Menschen Arbeitskraft voll ausfüllen kann, dadurch schon zur selbständigen Wissenschaft würde! Ich habe mich darüber mit den Vertretern der „Feuerversicherungswissenschaft" hier an dieser Stelle schon vor etwa Jahresfrist mit ein paar drastischen Beispielen auseinandergesetzt (Bd. XIII, S. 13). Andere haben es



vor mir und nach mir eingehender getan (darunter sogar ein tüchtiger Autor, der Mitarbeiter an diesen Bänden ist, vgl. Bd. XIII S. 115 dieser Zeitschrift, ferner „Masius Rundschau" 1913 S. 279). Wir warten noch immer auf sachliche Gegengründe. Daß Deutschland in der Konsolidierung einer geschlossenen Versicherungswissenschaft dem Auslande vorangeht, beweist doch wirklich nichts gegen die Existenzmöglichkeit einer solchen einheitlichen Wissenschaft. Herr Dr. *Schäfer* macht sich die Sache etwas gar zu leicht: „Der Versuch, eine einheitliche Versicherungswissenschaft zu konstruieren, mußte scheitern" Bd. I (S. 20). Eine grandiose, summarische Hinrichtung der Direktoren und Professoren, die vor fast anderthalb Jahrzehnten den „Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft" gegründet und gefördert haben. Ob die deutsche Versicherungswissenschaft diesen Schlag überwinden wird? Aber im Ernst: diese beiden dicken Bände enthalten eine respektable Tatsachenmenge, allein sie sind als Ganzes genommen keine wissenschaftliche Arbeit. Schon der Aufbau: 8 Hauptstücke. Ich muß um Entschuldigung bitten, ich muß sie aufzählen: I. Die Geschichte der deutschen Feuerversicherung (474 S.); II. Die Verbandsbildung in der deutschen Feuerversicherung (111 S.); soweit der erste Band. Im zweiten Band: III. Das Recht der Feuerversicherung (241 S.); IV. Technik und Feuerversicherung (36 S.); V. Die Praxis der Schadenfeststellung (77 S.); VI. Besondere Feuerversicherungstechnik (111 S.); VII. Die Feuerversicherungswissenschaft (89 S.); VIII. Statistik der Feuerversicherung (53 S.). Ich habe mich vergeblich bemüht, einen systematischen Einteilungsgrund zu finden. Warum haben die Schöpfer der »Feuerversicherungswissenschaft« nicht bei dieser Gelegenheit einmal ihre systembildende Kraft gezeigt? Eine ebenmäßige Systematik der Gesamtdarstellung wäre bei so anspruchsvollem Auftreten die erste Notwendigkeit gewesen. Ich darf hier nicht auf alle einzelnen Hauptstücke eingehen, ich greife nur ein paar heraus, die methodisches Interesse bieten: »Die Geschichte der Feuerversicherung«, fast 500 Seiten, nahezu ein Band für sich. Die einzelnen Unterabschnitte verschiedenwertig, aber doch das Ganze nicht viel mehr als eine tote Aneinanderreihung von Einzeltatsachen, darunter recht vieles, was dieselben Verfasser schon früher, ehe eine »Feuerversicherungswissenschaft« gegründet war, ausführlicher gesagt hatten; Rohmaterial für künftige wissenschaftliche Arbeit. Für die Form der Darstellung ein paar Stichproben: »Maßgebend für die geschäftliche Entwicklung des Privat Feuerversicherungswesens waren damals zur Hauptsache zwei Momente: einmal die gegenseitig sich scharf bekämpfende Stellung der privaten Feuerversicherung zu den öffentlichen Anstalten und der damit teils eng verbundene Lieblingsgedanke jener Zeit: die Verstaatlichung des Versicherungswesens.« (Bd. I, S. 492.) Oder: »Der das Versicherungswesen in gewissen Dingen einengende, beschränkende Charakter des V. A. G. kann nicht bestritten werden; ebensowenig aber auch anderseits dessen das Betätigungsgebiet der Gesellschaften erweiternde Tendenz, indem es in vielen Fällen die ***mittelbare*** Sachversicherung, die bis dahin nicht gepflegt wurde, zuließ« (Bd. I, S. 496). Ein anderes Beispiel: Der Paragraph über die Versichertenschutzverbände. Eine fleißige Zusammenstellung aus Akten und Druckschriften, aber nicht einmal ein Ansatz zur wissenschaftlichen Verarbeitung. Seitenlange Abdrucke aus Satzungen und Sitzungsberichten. Aber worauf's ankam, eine objektive und doch kausal verknüpfende Darstellung ist gar nicht versucht worden. Seine anerkennenswerte Zurückhaltung hat den Verfasser wie manchen seiner Kollegen vom Geschichtschreiber zum Chronisten degradiert. Beachtenswert sind hingegen einige juristische und technische Kapitel von *Wörner, Tasche, Conradt* u. a. Die traurigste Enttäuschung bringt das Kapitel »Feuerversicherungswissenschaft«. Man erwartet methodologische Aufklärungen und man findet auf 60 Seiten wahllose bibliographische Notizen mit verstreuten kritischen Bemerkungen. Der Paragraph über den „feuerversicherungswissenschaftlichen Unterricht" enthält nichts Neues, aber manches Falsche und Veraltete (z. B. bei den Angaben über den Hochschulunterricht). Im übrigen gibt dieses Kapitel einen schätzenswerten Einblick in die Methode der neuen Wissenschaft: man übernimmt, was die gescheiterte „einheitliche Versicherungswissenschaft" erarbeitet hat, man ornamentiert das mit den Emblemen der eigenen Branche und nennt das „Feuerversicherungswissenschaft". Ein probates Rezept.

So bestätigen diese beiden Bände, was wir schon lange wissen: solche wissenschaftlichen Eigenbrödeleien erschweren nur die methodische Durchbildung der Versicherungswissenschaft und gefährden ihr Ansehen im Kreise der älteren Schwestern.

München. Prof. Dr. Hanns Dorn.

Domizlaff, Carl. Die Feuerversicherung. Berlin 1914. E. S. Mittler & Sohn. 185 Seiten.

Das von dem Direktor der Hannoverschen Feuerversicherungsgesellschaft a. G. Concordia verfaßte verdienstvolle Buch bildet den II. Band der von Professor Dr. *Manes* herausgegebenen »*Versicherungsbibliothek*«, die eine Sammlung selbständiger, gemeinverständlicher, wissenschaftlicher Hand- und Lehrbücher für das Gesamtgebiet der sozialen Versicherung werden soll und vornehmlich bestimmt ist zum Gebrauch für höhere Versicherungsbeamte, für Studierende und für Gebildete aller Stände, die sich über die äußere Einrichtung und über die Grundlehren des Versicherungswesens unterrichten wollen. Als Verfasser der einzelnen Bände sind erfahrene, akademisch gebildete Praktiker gewonnen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe erscheinen auf dem Gebiet der Feuerversicherung wenige so geeignet, wie gerade der Verfasser, der infolge seiner umfassenden Mitarbeiten bei Aufstellung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Feuerversicherungen und seiner ausgedehnten schriftstellerischen Tätigkeit die ganze Materie vollkommen beherrscht. — Das Buch zerfällt in drei Teile, deren erster, dem Feuerversicherungsrecht gewidmet, zunächst die äußere Einrichtung der verschiedenen Feuerversicherungsbetriebe und die für diese geltenden verwaltungsrechtlichen Vorschriften, hierauf in einem zweiten Kapitel die ganze Lehre vom Feuerversicherungsvertrag, dessen Inhalt im allgemeinen und die hieraus für die Vertragschließenden und für Dritte sich ergebenden Rechte und Verpflichtungen zur Darstellung bringt. Der zweite Teil, die Feuerversicherungstechnik betreffend, schildert Zweck und Einrichtung des Betriebs der Feuerversicherungsgeschäfte und die hierfür geltenden allgemeinen Grundsätze sowohl in Ansehung der Sicherung der Rentabilität als auch in Ansehung der Verhütung und Unterdrückung der Schäden usw. Die ganze umfassende Materie ist in klarer, anschaulicher und auch für Nichtfachmänner wohlverständlicher Sprache bearbeitet und wird in dieser Form sicher viele dankbare Leser finden. Eine Enttäuschung würde das Buch nur etwa denen bereiten, die in ihm nicht ein kompendiöses Lehrbuch, sondern ein umfassendes Handbuch mit mehr oder weniger erschöpfender Behandlung der zahlreichen, im einzelnen sich ergebenden Rechtsfragen unter Mitteilung und Verwertung der Rechtsprechung, sowie der einschlägigen Literatur zu finden hoffen. Da dies aber von Haus aus nicht die Absicht des Verfassers sein konnte, so wird ihm niemand hieraus einen Vorwurf machen. Es darf aber vielleicht die Erwartung ausgesprochen werden, daß der Verfasser demnächst sich veranlaßt sieht, seinen verdienstvollen Kommentar zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Feuerversicherungen, der bereits in fünfter Auflage erschienen ist und sich schon jetzt zu einer mit wertvollen Erläuterungen versehenen Zusammenstellung sämtlicher Bestimmungen über den Feuerversicherungvertrag ausgewachsen hat, in der Richtung noch weiter auszuarbeiten, daß dieser Kommentar in Verbindung mit dem Lehrbuch eine für Theorie und Praxis ausreichende Darstellung des gesamten Feuerversicherungswesens enthält.

Stuttgart. Direktor Dr. v. Geyer.

Herzfelder, Emil. Haftpflichtversicherung. Berlin 1914. E. S. Mittler & Sohn. 173 Seiten.

Haftpflicht und Haftpflichtversicherung sind zwei Begriffe, die in unseren Tagen eine gewaltige Bedeutung erlangt haben. Trotzdem sind sie vielen Volkskreisen nicht im gleichen Maße ins Bewußtsein gedrungen. Das Gefühl moralischer Verantwortung für schädigende Handlungen lebt zwar mehr oder weniger in jedem, allein die daraus abgeleitete gesetzliche Entschädigungspflicht ist nur in bescheidenem Umfange bekannt. Das Verdienst weiterer Aufklärung

muß unbestreitbar der Privathaftpflichtversicherung zuerkannt werden. Sie theoretisch mit Hilfsmitteln ausgerüstet zu haben, ist das Verdienst der einschlägigen Literatur. Im Verhältnis zu der geltend gemachten Bedeutung der Haftpflichtversicherung ist unser Bücherstand auf diesem Gebiete auch bis heute noch ein sehr bescheidener. Umsomehr ist es anzuerkennen, wenn sich Autoren finden, die ihn zu vergrößern beschäftigt sind, und zwar nach der Richtung populär-wissenschaftlicher Darstellung des Stoffes, wie dies bei *Herzfelder* der Fall ist. Ein flüchtiger Blick in das Buch (IV. Band der *Versicherungs-Bibliothek*, herausgegeben von Professor Dr. *Manes*) belehrt uns, daß *Herzfelder* Gewicht darauf legt, in erster Linie ein literarisches Hilfsmittel für den Versicherungsfachmann zu bieten, dessen Gedankengänge so klar und präzise gefaßt sind, daß sie auch jedem Laien ohne weiteres verständlich erscheinen müssen. Das ist umsomehr anzuerkennen, als die fast rein juristische Materie nur zu leicht zu Auseinandersetzungen verleitet, denen mancher nicht zu folgen vermöchte. Aus dem ersten Teil erwähne ich: das Wesen der Haftpflicht und Haftpflichtversicherung, Geschichte, wirtschaftliche Bedeutung und staatliche Beaufsichtigung der letzteren. Der zweite Teil führt uns ein in den Haftpflichtversicherungs-Vertrag bis zum Versicherungsfall, während der dritte die Technik umfaßt. Gerade dieser dritte Teil ist besonderer Anerkennung wert, wenn man die Abhandlung über spezielle Haftpflichtgefahren einzelner Betriebe und Berufe sowie deren Deckung ins Auge faßt. Für den inneren und äußeren Dienst, für Instruktoren und Organisationschefs betrachte ich sie geradezu unentbehrlich. Dem Werkchen ist ein Anhang über Haftpflichtliteratur sowie ein Sachverzeichnis beigegeben, das die Übersicht wesentlich erleichtert.

Hamburg. Redakteur Moritz Müller.

Florschütz, Georg. Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. Berlin 1914. Mittler & Sohn. 143 Seiten.

Der erste Bankarzt der Gothaer Lebensversicherungsbank gibt in der Einleitung die Gründe an, aus denen es erforderlich wurde, die Grundzüge der Lebensversicherungsmedizin und die Aufgaben des Arztes auf diesem Sondergebiete im Zusammenhange abzuhandeln. Seit dem Erscheinen der ersten Versuche einer einheitlichen Darstellung sind Jahrzehnte vergangen, in deren Verlauf erst Klarheit über den Inhalt des Arbeitsgebiets gewonnen wurde; außerdem aber hat durch Ausdehnung der Versicherung und durch die Verwertung ihres stets wachsenden Materials zur Lösung wissenschaftlich-medizinischer Fragen die Lebensversicherungsmedizin eine große Bedeutung als Sonderfach erlangt. In Verfolgung der ihm gestellten Aufgabe hebt *F.* scharf die grundsätzlichen Unterschiede hervor, die die Aufgaben des Versicherungsarztes von denen des Praktikers am Krankenbette trennen, er schildert verständlich die statistischen Methoden, mittels deren die Ergebnisse der Einzeluntersuchung zu Schlüssen verarbeitet werden, die für die Entscheidung an der Zentralstelle maßgebend sind, und behandelt dann eingehend diejenigen besonderen medizinisch-hygienischen Vorgänge, welche die Auslese beeinflussen, wie Erblichkeit und Konstitution, Alter, Beruf, Lebensweise, Geschlecht, Vermögensverhältnisse. Die Darstellungsform ist diejenige, die wir an Klassikern der Medizin rühmen. Es vereinigt sich hier reiche persönliche Erfahrung mit Kritik und umfassender Kenntnis der Literatur; die sicheren Schlußfolgerungen sind auf fester Unterlage aufgebaut; mit der gleichen Entschiedenheit wird jede hypothetische Spekulation abgelehnt, auch wenn sie als blendende Hypothese die Tagesmeinung beherrscht, wie anderseits eine durch zahlenmäßige Tatsachen erweisbare Folgerung vertreten, selbst wenn sie durch die augenblicklich geltenden Auffassungen in den Hintergrund gedrängt wurde. Nur der unbeeinflußbare Trieb nach Erkenntnis auf der Unterlage strenger Beweismethoden leitet den Verfasser bei seinen Schlußfolgerungen. Das Werk erfüllt demnach seine Aufgabe, in knapper Form den Arzt in die Aufgaben der Lebensversicherungsmedizin als eines Zweiges der Heilkunde mit besonderer Färbung einzuführen, in hervorragendem Maße, und das auch dadurch, daß die Form der Darstellung dank der reifen Forscherarbeit des Verfassers, überaus reich an kurzgefaßten Lehrsätzen ist, die dem unter dem Einfluß

der Theorien des Tages stehenden ärztlichen Leser Anlaß geben, grundsätzliche Fragen auch einmal unter einem weiteren Gesichtspunkte zu betrachten.

Über die unmittelbare Aufgabe einer Darstellung der Lebensversicherungsmedizin hinaus aber hat das Werk von ***Florschütz*** für den Arzt unserer Tage eine viel weiter reichende Bedeutung. Wenn es in ärztlichen Kreisen diejenige weite Verbreitung findet, die ihm gebührt, so kann es berufen sein, eine ganze Ärztegeneration zum Nachdenken über die Möglichkeiten und Grenzen ärztlichen Leistens anzuregen und erfolgreich zu beeinflussen. Die Medizin und Hygiene unserer Tage, die in ihren Forschungsmethoden sich der naturwissenschaftlichen Technik mit glänzendem Erfolge bedient, ist in ihren Folgerungen nicht immer den naturwissenschaftlichen Grundsätzen treugeblieben, zu denen sie sich gern bekennt; sie ist häufig allzusehr von dem Drange, praktische Erfolge zu erzielen, beeinflußt worden und hat dieser Tendenz zuliebe oft genug manche nicht wegzuleugnende unliebsame Tatsache bei Seite geschoben und manchen methodisch unzureichenden Analogieschluß in den Himmel gehoben. Der Medizinalstatistiker Florschütz, der in vielen Arbeiten den Wert des Materials der Lebensversicherungsgesellschaften für die Lösung medizinischer und hygienischer Probleme klar erkannt und scharf betont hat, bringt in dem vorliegenden Werk in zahlreichen, in die Darstellung eingestreuten Bemerkungen eine Reihe von wichtigen Sätzen, welche mit unerbitterlicher Folgerichtigkeit mit herrschenden falschen Lehren aufräumen und verlassene Ansichten in ihre Rechte wieder einsetzen. Eine Reihe von Anzeichen spricht dafür, daß das Werk des Forschers Florschütz gerade zur rechten Zeit erschienen ist, um beim Erstarken der Zweifel gegenüber mancher grundlegenden Lehre durch seinen positiven Inhalt aufbauend zu wirken. Das Werk bildet den III. Band der ***Versicherungs-Bibliothek,*** herausgegeben von Prof. Dr. ***Manes.***

Charlottenburg. Stadtrat Dr. med. A. Gottstein.

Köhler, Erich, Dr. Die Seekriegsversicherung. Verlag Juchli u. Beck, Zürich 1913. 90 Seiten.

Diese sehr interessante Arbeit behandelt in der Einleitung den versicherungswirtschaftlichen Zusammenhang der Kriegsversicherung mit der Transportversicherung im allgemeinen und grenzt sodann ihr Gebiet gegen verwandte staats- und völkerrechtliche Fragen ab. Sodann wird den Kriegsschäden besondere Aufmerksamkeit geschenkt, wobei auch die Frage der indirekten Kriegsschäden, sowie der Minen- und Torpedoschäden Berücksichtigung findet. Der zweite Teil beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten der Kriegsversicherung, sowie mit den Kriegseinschluß- und -ausschlußklauseln. Zum Schluß werden die neueren Bestrebungen auf dem Gebiet der Seekriegsversicherung gewürdigt. — Besondere Beachtung verdienen die Ausführungen des Verfassers über die Bedeutung der Klausel »frei von Kriegsmolest« im schweizerischen Rechtsgebiet. Der Autor geht hierbei von der Ansicht aus, daß die Tragweite dieser Klausel in der Schweiz und in den anderen Rechtsgebieten, in denen sich diese Klausel ebenfalls findet, nicht die gleiche sei. Die Klausel »frei von Kriegsmolest« in der Schweiz soll der in Deutschland üblichen Klausel »nur für Seegefahr« entsprechen (S. 73). Maßgebend scheint dem Verfasser hierbei in erster Linie die Erwägung gewesen zu sein, daß die in der Schweiz übliche Klausel für Einschluß der Kriegsgefahr lediglich die unmittelbaren Folgen der Feindseligkeiten deckt, so daß nicht nur alle mittelbaren Kriegsschäden nicht gedeckt sind, sondern ebensowenig alle Seeschäden vom Beginn der Kriegsbelästigung an. Dies könne aber keineswegs der Sinn der beiden Kriegsklauseln sein. Es bedürfe doch zum mindesten einer Zusatzklausel, ähnlich der in Deutschland im gleichen Falle üblichen, welche auch die Seegefahr von dem Augenblick an decke, wo sie aufhöre, durch die Versicherung »frei von Kriegsmolest« mitgedeckt zu sein. Da in der Schweiz ein solcher Zusatz nicht gemacht werde, hätten die Schweizer Kriegsklauseln für eine Versicherung »frei von Kriegsmolest« im deutschen Sinne keinen praktischen Wert (S. 73). Diese Begründung erscheint nicht genügend, um eine Klausel, deren Inhalt so allgemein bekannt ist, in völlig anderem Sinne aufzufassen. Es ist nicht einzusehen, weshalb nicht auch hier, wie in anderen Fällen, das deutsche Recht mit herangezogen werden soll, um die Be-



deutung und Tragweite von Klauseln zu erklären, die aus dem schweizerischen Recht allein nicht genügend interpretiert werden können. Wichtiger ist jedoch ein anderer Umstand, auf den der Verfasser ebenfalls hinweist. Der Text der allgemeinen Bedingungen der in der Schweiz üblichen Police für Seefahrt, der vom schweizerischen Bundesrat genehmigt worden ist, stimmt im deutschen und französischen Text, wenigstens soweit diese Frage in Betracht kommt, durchaus nicht überein. Der deutsche Text der allgemeinen Bedingungen lautet:

»§ 2. Die Versicherung gilt frei von Kriegsmolest. Auch leistet die Gesellschaft keine Gewähr für denjenigen Schaden, welcher durch Verfügung von hoher Hand, Weg- oder Beschlagnahme seitens irgendeiner Macht usw. usw.«

Dagegen heißt es in § 2 des französischen Textes:

»§ 2. La Compagnie est exemple de tous dommages et pertes provenant de guerre, arrêts par ordre de puissances, captures etc.«

Nach schweizerischem Recht sind aber die Gesetzestexte in den drei Landessprachen nicht als Übersetzungen anzusehen, sondern bei der Interpretation als völlig gleichwertig zu berücksichtigen. Diese Regel gilt zweifellos auch für die Versicherungs-Bedingungen, welche das schweizerische Gesetz über den Versicherungsvertrag ergänzen und daher vom Bundesrat genehmigt wurden. Es ist daher in der Tat fraglich, welche Bedeutung der schweizerische Richter der Klausel »frei von Kriegsmolest« beimessen würde, da ja der französische Text der Bedingungen den Ausdruck »frei von Kriegsmolest« nicht wörtlich übersetzt und ebenso vermeidet, ähnlich z. B. wie das belgische Recht, den Inhalt dieser Klausel näher zu umschreiben. Gerade auf diese Verhältnisse hingewiesen zu haben, ist ein besonderes Verdienst des Verfassers.

Berlin. Dr. jur. Britschgi.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis bis Anfang Februar 1914 erschienener Schriften auf dem Gebiet des gesamten Versicherungswesens.

Die mit * bezeichneten Schriften sind in der Bibliothek des »Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft« enthalten.

I. Bücher
und Sonderabzüge.

*Arbeitslosenversicherung im In- und Ausland. Beilage zum Reichsarbeitsblatt. Berlin 1913.

*Baum. Die Stellung der Frau in der Reichsversicherungsordnung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Bayern. Denkschrift zur Frage der Arbeitslosenfürsorge und Arbeitslosenversicherung. München 1913.

*Behrend. Die deutsche Volksversicherung. Ihre Gründung und Bedeutung. Berlin 1914.

*Bellom. La statistique internationale de l'assurance contra l'invalidité. Vienne 1913.

*Beretning fra Forsikringsraadet für aaret 1912. Kopenhagen 1913.

*Bohren. Die Versicherungsbedingungen und wichtigsten Prämiensätze der in der Schweiz konzessionierten Lebensversicherungsgesellschaften 1914. Bern 1914.

*Boye. Meddelanden angaenda Försäkringsväsendet i Sverige för är 1912. Stockholm 1913.

*Bund der Versicherungsvertreter Deutschlands E. V. Jahrbuch 1914. 2. Jahrgang. Brandenburg 1914.

*Cahn. Der Wechsel des Interessenten im Rechte der Schadenversicherung. 1. Heft der Versicherungswissenschaftl. Abhandlungen. Mannheim 1914.

*Cuno. Die Reichsabgabe von Versicherungen nach dem Reichsstempelgesetz vom 1. Juli 1913, Kiel 1914.

*Denkschrift betreffend die Gründung einer Provinzial-Lebensversicherungsanstalt Sachsen. 1913.

*Denkschrift über die Rücklagen bei den Berufsgenossenschaften. Reichstags-Drucksache. Berlin 1913.

*Deutscher Versicherungs-Kalender 1914. XLV. Jahrgang. Lankwitz 1914.

*Eisenhut. Die Kassenangestellten auf Grund der Reichsversicherungsordnung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Ernst. Die Entwicklung der deutschen Privatversicherung in den letzten fünfzehn Jahren. In.-Diss. München 1913.

*Florschütz. Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. III. Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes. Berlin 1914.

*Fratzscher. Landwirtschaftliche Versicherung (Hagel- und Viehversicherung). V. Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes.

*Giesberts. Die Bedeutung der sozialen Gesetzgebung für die Volkswirtschaft. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Herzfelder. Haftpflichtversicherung. IV. Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes.

*Hogg. Insurance laws in Australasia. Melbourne 1912.

*Jaarboekje van de Vereeniging voor Levensverzekering 1914. Amsterdam 1914.

*Index to the transactions of the seven international actuarial congresses, held during 1898—1912 incl. London 1913.

*Jahrbuch für Versicherungs-Mathematik 1914. 1. Jahrgang. Herausgegeben von R. Rose u. W. Katz. Berlin 1914.

*Kahlo. Vergleichende Zusammenstellung der Versicherungsbedingungen und Prämiensätze der im Deutschen Reiche arbeitenden Lebensversicherungsgesellschaften 1914. 13. Jahrgang. Berlin 1914.

*Kaufmann. Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübungen 1913.

*Koehne. Das Recht der Sozialversicherung. Vortrag. Sonderdruck aus der Wochenschrift des Architekten-Vereins zu Berlin. Berlin 1913.

*Kovács. Az Allatbiztosítás Fejlödése és szervezete európában tekintettel hazai viszonyainkra (Entwicklung und Organisation der Viehversicherung in Europa). Budapest 1913.

*Krebber. Die deutsche Sozialversicherung. Ihre Erfolge und ihre Gegner Cöln 1913.

*Kunowsky. Krankenversicherung und Armenverbände. Berlin 1914.

*Laß. Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz vom 19. Juli 1911. I. Teil: Krankenversicherung. Leipzig 1914.

*Lebensversicherung die öffentlich-rechtliche, und ihr Verhältnis zur privaten Lebensversicherung. Bericht über die dieses Thema betreffenden, im Reichstagsgebäude gepflogenen Verhandlungen vom 30. Januar 1914.

*Lederer. Entstehung, Entwicklung und heutiger Stand der Volksversicherung in Deutschland. Erlangen 1914.

*von Liebig. Die Seeversicherung. Berlin 1914.

*Löckermann. Abstinenz und Lebensversicherung. In: Der Deutsche Brauer-Bund 7. Heft. Berlin 1913.

*Lohmar. Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung nach der RVO. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Manes. Das Versicherungswesen. S.-A. aus: Deutschland unter Kaiser Wilhelm II. Berlin 1914.

*Marcus. Umlage und Kapitaldeckung. Untersuchungen zur Frage der Rücklagen der gewerblichen Berufgenossenschaften. Berlin 1913.

*Meyer. Die Über- und Doppelversicherung im Gebiet des Privatversicherungsrechts. In.-Diss. Zürich 1913.



*Moldenhauer. Grundsätzliche Organisationsfragen der Sozialversicherung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Mugdan. Die Arztfrage in der Reichsversicherungsordnung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*National insurance and national character. In: The Edinburgh Review or Critical Journal. No. 445 Vol. 218. S. 22. London 1913.

*Neumann. Jahrbuch für das Versicherungswesen im Deutschen Reich 1914. Berlin 1914.

*Peschke. Die Krankenversicherung der Dienstboten und anderen im Hause Beschäftigten nach der Reichsversicherungsordnung vom 1. Januar 1914. Berlin 1913.

*Platz. Das Grundkapital der Aktiengesellschaften und der Gründungsfonds des Versicherungsvereins a. G. In.-Diss. Leipzig 1913.

*Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus: Die neuen Aufgaben der Sozialversicherung in der Praxis. Tübingen 1913.

*v. Rasp. Referat über die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung in Bayern. München 1913.

*Riksförsökrings-Anstalten ar 1912. Sveriges officiella statistik. Stockholm 1913.

*Rose. Die Volksversicherung als Ergänzung der Sozialversicherung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Schellmann. Die Hilfsmittel der Trunksuchtsbekämpfung und der Trinkerfürsorge in der RVO. und in dem Privatangestellten-Versicherungsgesetze. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Schmittmann. Die Nutzbarmachung der Reichsversicherungsordnung für das Land. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Schweighoffer. Die Belastung der Industrie durch die Sozialversicherung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Spielhagen. Die Krankenversicherung der „besonderen Berufszweige“ nach der RVO. (§ 416 bis 494). In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Statistik des Deutschen Reichs. Band 268. Die Krankenversicherung m Jahre 1912. Berlin 1913.

*Stier-Somlo. Die sozialpolitischen Gesichtspunkte bei der Organisation der Krankenkassen. S.-A. Berlin 1914.

*Stier-Somlo. Die Reichsversicherung. S.-A. aus: Deutschland unter Kaiser Wilhelm II. Berlin 1914.

*Stier-Somlo. Die Organisation der Krankenkassen und die Aufgaben der Praxis. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Stier-Somlo. Streitfragen im Angestelltenversicherungsrecht. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Übersichten, statistische. aus dem Gebiete der Sozialversicherung für das Jahr 1912. Frankfurt a. M. 1913.

*Versicherung und Krieg. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft. Heft XXVI. Berlin 1914.

*Weygand. Die Grundzüge der Kundenversicherung. Berlin 1914.

*Wandel. Die Arztfrage in der Reichsversicherungsordnung. In: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung. II. Kursus. Tübingen 1913.

*Workmen's Compensation, Publicity Bureau. New York 1913.

*Workmen's Compensation Laws of the different states of America. 1913.

*Workmen's accident insurance in Germany. New York 1913.

*Workmen's compensation and insurance in France, Holland und Switzerland. New York 1913.

*Wuttig. Versicherungs- und Genossenschaftswesen als wechselseitige Hilfsorganisationen. Berlin 1914.

II. Zeitschriften.

*Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. (Berlin, 19. Jahrgang Nr. 23 bis 24.) Herhold: Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit bei den Personen des Heeres nach der Dienstanweisung vom Jahre 1909 und nach den kürzlich erschienenen Deckblättern. — Meltzer: Die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei der Epilepsie. — (22. Jahrgang Nr. 1 bis 3.) Ledderhose: Die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften während der Wartezeit. — Horn: Lyssa als entschädigungspflichtige Unfallfolge. — Stuelp: Über den Nachweis der Gewöhnung an Einäugigkeit und an Herabsetzung der zentralen Sehschärfe mittels der Prüfung des Tiefenschätzungsvermögens am Stereoskoptometer. — Eichbaum: Operationszwang.

*Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. (Berlin, 29. Jahrgang, Nr. 12.) Wahlordnung für die Wahl der Arbeitgeberbeisitzer der Oberversicherungsämter. — Rundschreiben für die Aussonderung des vertraulichen und entbehrlichen Teils ärztlicher Gutachten bei Mitteilung an die Versicherten.

*Annalen des Deutschen Reichs für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft. (Berlin, 46. Jahrgang, Nr. 11 bis 12.) Zahn: Das Reich und die Reichsstatistik.

*Annalen des gesamten Versicherungswesens. (Leipzig, 44. Jahrgang, Nr. 49 bis 52.) Moeller: Die Entwicklung der Versicherung gegen Wasserleitungsschäden in Deutschland. — (45. Jahrgang, Nr. 1 bis 5.) Preuß: Dreschmaschinenmotoren und Feuersicherheit. — Ist der Versicherte berechtigt, eine Krankenhaus-Einweisung abzulehnen?

*Annalen für soziale Politik und Gesetzgebung. (Berlin, 3. Band Heft 3 bis 4.) Gerloff: Die Reichsfinanzgesetzgebung von 1913. — Prenner: Die Gewerbe- und Kaufmannsgerichte in der Beurteilung seitens des 31. Deutschen Juristentags und der Deutschen Handwerks- und Gewerbekammern. — Stier-Somlo: Die sozialpolitischen Gesichtspunkte bei der Organisation der Krankenkassen.

*Arbeiter-Versorgung. (Berlin, 30. Jahrgang, Nr. 34 bis 36.) Kohn: Die neue Buch- und Rechnungsführung der Krankenkassen. — Hoffmann: Die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen. — (31. Jahrgang, Nr. 1 bis 4.) Hahn: Zum Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts. — Hoffmann: Zur Anwendung des Artikels 29 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung. — Kleeis: Der Vorsitzende des Ausschusses der Krankenkassen. — Bleeck: Das Verfahren vor den Gerichten für Angestelltenversicherung. — Zur Bemessung der Kassenbeiträge nach der Reichsversicherungsordnung. — Kobler: Der Eintritt in die Selbstversicherung und die nachträgliche Entrichtung von Beiträgen. — Schlenther: Die Voraussetzungen der Witwenrente. — Simm: Streit über Beiträge zur Invalidenversicherung bei der Rentenfestsetzung.

*Archiv für Soziale Hygiene und Demographie (Leipzig, IX. Band, Heft 1.) Roesle: Die Organisation der Morbiditätsstatistik in Rußland.

*Archiv für Versicherungswirtschaft. (Berlin, 7. Jahrgang, Nr. 46.) Die neue Tilgungsversicherung der öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungs-Anstalten. — Nettokostenerlaß. Der Preis einer Lebensversicherung. — (8. Jahrgang, Nr. 1 bis 5.) Was muß der Versicherungsvertreter von der Reichsversicherungsordnung wissen? — Die Überschüsse der Provinzial-Lebensversicherungsanstalten.

*Berufsgenossenschaft. (Berlin, 28. Jahrgang, Nr. 22 bis 24.) Lohmar: Das Verhältnis der Ärzte zu den Berufsgenossenschaften. — Brandis: Vom Recht der Übergangszeit. — Grünbaum: Klagebegründung und Antrag im Falle des § 1542 RVO. — Köbke: Hat das Verfahren nach §§ 1735/1737 RVO. zur Voraussetzung, daß das Vorliegen eines an sich entschädigungspflichtigen Unfalles zwischen den beteiligten Berufsgenossenschaften nicht streitig ist? — (29. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Boywidt: Der Nachweis der Reichsangehörigkeit als Erfordernis zum Unfallrentenbezug von Deutschen im Auslande. — Schwanhäuser: Die Portokosten im Einspruchverfahren. — Bitter: Die gesetzliche Vertretung bei ausländischen Arbeitern. — Marcus: Die Rücklagen der gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Denkschrift des Reichskanzlers.

*Betriebskrankenkasse. (Essen, 6. Jahrgang, Nr. 23 bis 24.) Ein Erlaß der preußischen Ministerien zu § 370 (Barleistung statt Krankenpflege). — Friede mit dem Leipziger Ärzteverband. — Abkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten. — (7. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten. Die Ersatzkassen in der Krankenversicherung. — Bericht über das 9. Geschäftsjahr des Verbandes rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen. — Das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten.

*Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. (München, 4. Jahrgang, Heft 5 bis 6.) Florschütz: Allgemeine Lebensversicherungsmedizin.

*Bulletin des Internationalen Arbeitsamtes. (Jena, Bd. XII, Nr. 9 bis 10.) Deutsch-belgisches Unfallversicherungsabkommen, deutsch-italienisches Arbeiterversicherungsabkommen. — Krankenversicherung. — Mutterschaftsversicherung. — Unfallversicherung. — Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. — Privatbeamten- und Beamtenversicherung. — Australischer Staatenbund. Mutterschaftsprämiengesetz von 1913.

*Deutsche Juristen-Zeitung. (Berlin, XVIII. Jahrgang, Nr. 23 bis 24.) Aßmann: Einige Fragen aus dem Gebiete der Angestelltenversicherung. — (19. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) v. Frankenberg: Die Richter und die Reichsversicherungsordnung. — Schneider: Ein Gesetz wegen Beschleunigung und Vereinheitlichung der Rechtspflege. — Delius: Die Haftung für Verkehrssicherheit.

*Deutsche Krankenkassen-Zeitung. (Berlin, 13. Jahrgang, Nr. 33 bis 35.) Die Abführung von vier Fünftel Arbeitgeberanteil an die Ersatzkassen. — Die Geschäftsleiter der Krankenkassen als Staatsdiener. — (14. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Kassenfriede. Nach dem Friedensschlusse.

*Deutsche Versicherungs-Presse. (Berlin, 41. Jahrgang, Nr. 48 bis 51.) Rückversicherung in der Lebensversicherung. — (42. Jahrgang, Nr. 1 bis 5.) 1913. Ein Rückblick. — Volksversicherungs-Aktiengesellschaft des Deutschnationalen Handlungsgehilfen-Verbandes in Hamburg. — Das Problem der Entschuldung durch die Lebensversicherung und seine geschäftliche Ausbeutung durch Kapp. — Rückblick auf das Feuerversicherungsgeschäft im Jahre 1913. — Populäre Rechtsfragen in der Versicherung, besonders in der Lebensversicherung. — Helbig: Die Verjährung der Ausgleichsansprüche aus der unerlaubten Handlung.

*Deutsche Versicherungs-Zeitung. (Berlin, 54. Jahrgang, Nr. 89 bis 96). Koeppler: Zur Theorie der Intensitäten. — Fünf Jahre Aufsichtsamt und das deutsche Privatversicherungswesen. — Reichsstempelabgabe und der Preußische Beamtenverein. — Leckage-Schäden in der Transportversicherung. — (55. Jahrgang, Nr. 1 bis 10.) Das ungarische Versicherungsgeschäft im Jahre 1913. — Der gegenwärtige Stand der Unfall- und Haftpflichtversicherung. — Beaufsichtigung der öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungen und der Kompetenzkonflikt. — Über die deutschen Versicherungsschutzverbände. — § 38 Abs. 2 VVG. und die Versicherungsbedingungen der Lebens-Versicherungs-Gesellschaften. — Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft.

*Deutsche Wirtschafts-Zeitung. (Berlin, 10. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) v. Wedemeyer: Das Wehrbeitragsgesetz und die Bilanz. — Ziese: Arbeitslosenversicherung.

*Dokumente des Fortschritts. (Berlin, 7. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Broda: Deutschland im Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit. — Liefmann: Imperative der Regelung des Kartellwesens. — Broda: Die Verstaatlichung der Privatmonopole.

*Handel und Industrie. (München, 22. bis 23. Jahrgang, Nr. 1147 bis 1156.) Der internationale Transportversicherungsverband. — Kirchmann: Tilgungsversicherung. — Tagespresse und Versicherungsfragen. — Volksversicherung und deutschnationaler Arbeiterkongreß. — Bagatellschäden in der Feuerversicherung. — Ersparnis und Vorteile der Tilgungsversicherung. — Lebensversicherungen und Wehrbeitragsgesetz. — Die Geldgebarung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. — Das Wiederaufbauverbot in der Feuerversicherung.

*Invaliditäts- und Altersversicherung im Deutschen Reiche. (Mainz, 24. Jahrgang Nr. 1 bis 6.) Die Landkrankenpflege der Landesversiche-

rungsanstalten, ein Beispiel für die Krankenkassen. — Dorn: Der Wegfall des Hausgeldes bei Zahlung von Lohn oder Gehalt während des Heilverfahrens. — Schumann: Entziehung der Invalidenrente bzw. deren Voraussetzungen.

*Jahrbuch für Versicherungs-Mathematik 1914 (Berlin, 1. Jahrgang). Allgemeiner Literaturbericht. — Du Pasquier: Übersicht über die neuere, in der Schweiz erschienene versicherungswissenschaftliche Literatur. — Altenburger: Aphorismen über Geschäftspolitik. Kostenberechnungen und fixe Prämie in Theorie und Praxis. — Böhmer: Die Grundlagen der Theorie der Invaliditätsversicherung. — Furlan: Über die näherungsweise Berechnung der zweiten Wurzel aus Quadratsummen. — Goldziher: Über die Altersverteilung der Verheirateten. — Höckner: Leitsätze zur Wahl der Versicherungsgrundlagen. — Jörgensen: Einige Bemerkungen über die Thielesche Differentialgleichung der Prämienreserve. — Katz und Rose: J. F. Fries, ein Klassiker der Versicherungswissenschaft. — Loewy: Grundlagen der Krankenversicherung. — Schönwiese: Die Ausgleichung einer Sterbetafel durch eine erweiterte Makehamsche Formel.

*Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. (Jena, III. Folge, 47. Band, 1. Heft.) Volkswirtschaftliche Chronik.

*Leipziger Zeitschrift für Handels-, Konkurs- und Versicherungsrecht. (München, 7. Jahrgang, Nr. 12.) Blumhardt: Zur Pfändung von Forderungen in der Haftpflichtversicherung. — Haarhaus: Die Reichsversicherungsordnung und die ordentlichen Zivilgerichte. — Schmidtmüller: Der geschädigte Dritte und seine rechtliche Stellung in der Haftpflichtversicherung. — (8. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Kisch: Verfügung über die Versicherungsforderung bei hypothekarischer Belastung. — Crüger: Verlustversicherung. — Schaps: Freizeichnung von jedem versicherbaren Schaden. — Schulz: Wirkung der Aufhebung auf die inzwischen von den Gewählten entwickelte ehrenamtliche Tätigkeit. — Rehm: Der Begriff „Versicherungseinrichtung“ in der Angestelltenversicherung. — Kisch: Eine unzweckmäßige Bestimmung des Versicherungsvertragsgesetzes.

*Masius' Rundschau. (Leipzig, 25. Jahrgang, Heft 12.) Die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung im Jahre 1912. — Manes: Zum allgemeinen Einschluß der Dienstboten in die soziale Krankenversicherung. — (26. Jahrgang, Heft 1.) 1913. Ein Rückblick. — Die Technik der Lebensrückversicherung. — Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft. — Das private Versicherungswesen 1907/1911.

*Mitteilungen für die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. (Kiel, 45. Jahrgang, Nr. 23 bis 24.) Josef: Gefahrerhöhung durch bestellte und durch gesetzliche Vertreter. — Witzell: Blitz- und Überspannungsschutz in Überlandzentralen. — Gottschalk: Der Abschluß des Versicherungsvertrages bei den öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. — Weiland: Die Stellung der besonderen Bedingungen in der Vertragstechnik der Feuerversicherung. — (46. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) v. Haag: Untersuchungen über das Versicherungswesen in Deutschland. — Merten: Versicherung des kommunalen Eigentums. — Moldenhauer: Zur Frage der Versicherungsschutzverbände. — Schaefer: Insurance against loss of profits by fire. — Keup: Abtretung und Pfändung von Brandentschädigungsansprüchen. — Misol: Die Schadenschätzung bei Kraftfahrzeugen.

*Monatsblätter für Arbeiterversicherung. (Berlin, 7. Jahrgang, Nr. 7 bis 12.) Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelms II.

*Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung. (Berlin, 1. Jahrgang, Heft 9 bis 12.) Bassenge: Die Rechtsverhältnisse der nichtständigen Mitglieder des RVA. — Haenel: Betrachtungen über den Einfluß der RVO. auf Unfallrenten, deren erstmalige Feststellung noch unter altem Rechte geschehen ist. — Schulz: Ein Weg, bei der Verhältniswahl die Wahl allseitiges Vertrauen genießender Vertreter zu sichern. — Franck: Die Einbeziehung bestimmter gewerblicher Berufskrankheiten in die staatliche UV. im Sinne des § 547 RVO. — Sperling: Die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. — Astfalck: Die Rechtsstellung der Hinterbliebenen. — Dersch: Die versicherungspflichtigen

Berufsgruppen des AVG. unter Berücksichtigung der Rechtsübung. — Eidlitz: Das Problem der Arbeitslosenversicherung. — Manes: Australische Sozialversicherung. — Huber: Entwicklung und Stand der Sozialversicherung in Rußland.

*Recht und Wirtschaft. (Berlin, 3. Jahrgang, Heft 1 bis 2.) Rumpf: Die gemeinnützigen Rechtsauskunftsstellen im Dienste der modernen Rechtsentwicklung. — Zeiler: Gehalt, Pension und Teuerung. — Engel: Internationale Organisation des Rechtsschutzes der Minderbemittelten. — Schubart: Wirtschaftlichkeit in der Rechtspflege.

*Reichsarbeitsblatt. (Berlin, 11. Jahrgang, Nr. 12.) Abkommen zwischen dem Deutschen Reich und Belgien. — Hauptergebnisse für das Deutsche Reich 1910 bis 1912. — Alter und Beruf der wegen Lungen- oder Kehlkopftuberkulose behandelten Männer und Frauen. — (12. Jahrgang. Nr. 1.) Hauptergebnisse der Unfallversicherung 1912. — Hauptergebnisse der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 1912.

*Saski'sche Zeitschrift für das Versicherungswesen. (Leipzig, 49. Jahrgang, Nr. 45 bis 48.) Ärztliche Verschwiegenheitspflicht im Versicherungsverkehr. — Wirkung des Rücktrittes eines Sachverständigen. — (50. Jahrgang, Nr. 1 bis 4.) Zur projektierten Gründung einer öffentlich-rechtlichen Lebens-Versicherungs-Anstalt für die Provinz Sachsen. — Die Verstaatlichung der deutschen Privatversicherung. — Die Leistungen der privaten deutschen Feuerversicherungs-Gesellschaften für Feuerlöschzwecke.

*Soziale Hygiene und praktische Medizin. (Berlin, 22. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Einigung mit den Krankenkassen. — Munter: Der Verein zur Einführung der freien Arztwahl in Berlin. — Stein: Die Beweiskraft des ärztlichen Attestes.

*Soziale Kultur. (M.-Gladbach, 34. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Flügler: Arbeitslosenversicherung.

*Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. (Leipzig, 23. Jahrgang, Nr. 9 bis 19.) Zur Aufklärung über die Krankenversicherung der Dienstboten in Groß-Berlin. — Petersen: Das Schicksal des französischen Altersrentengesetzes vom 5. April 1910. — Arbeitslosenfürsorge und Reichstag. — Der Kampf zwischen Krankenkassen und Ärzten. — Steinitz: Ärzte und Krankenkassen. — Deutsche Volksversicherung. — Lüders: Die Wirksamkeit der staatlichen Arbeitslosenversicherung in Großbritannien. — Potthoff: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung? — Der gegenwärtige Stand der Arbeitslosenversicherung im In- und Ausland. — Die Dienstbotenversicherung vor dem preußischen Abgeordnetenhause.

*Sozialistische Monatshefte. (Berlin, 19. Jahrgang, Nr. 22 bis 26.) Mattutat: Invalidenversicherungspflicht der Heimarbeiter nach der Reichsversicherungsordnung. — (20. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Kampffmeyer: Die Arztfrage und die Bewertung der geistigen Arbeit in der Sozialdemokratie.

*Sparkasse. (Hannover, Jahrgang 1914, Nr. 764.) Arbeitslosenversicherung. — Öffentliche Volksversicherung und öffentliche Sparkassen.

*Versicherungs-Agent. (Berlin, 25. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Stier: Die wichtigsten Neuerungen des am 1. 1. 1914 in Kraft tretenden Krankenversicherungsgesetzes. — Die Kompensation beim häuslichen Mobiliar in der Feuerversicherung. — Weisungen für Havarie-Kommissare.

*Versicherungs-Welt. (Berlin, 16. Jahrgang, Nr. 23 bis 44.) Manes: Ausbau der Versicherungsunternehmungsformen. — Rumpf: Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. — Schmidr: Der Staat und das Versicherungswesen. — Von der Berechnung der menschlichen Lebensdauer. — Faber: Verwaltungsunkosten der Einbruchsversicherung in Deutschland. — Lorentz: Die Tuberkulosesterblichkeit versicherter Lehrer. — Faber: Das Rückversicherungs-Geschäft in 1912. — Walter: Die englische Arbeitslosenversicherung in der Praxis. — Manes: Moderne Versicherungsprobleme.

*Vierteljahresrundschau über das Versicherungswesen. (Berlin, 8. Jahrgang, Heft 1.) Die Krankenversicherung der Dienstboten. — Der Friede zwischen Krankenkassen und Ärzten.

*Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Die preußische Musterdienstordnung. —

Buschold: Bedeutung und Durchführung einer Berufsstatistik durch die Krankenkassen. — Die Wohnung in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit. — Boll: Die Familienhilfe. — Lehmann: Aufgaben der Selbstverwaltung in der neuen Krankenversicherung. — Die preußische Musterdienstordnung und der Tarifausschuß.

*Wallmanns Versicherungs-Zeitschrift. (Berlin, 48. Jahrgang, Nr. 24 bis 49.) Poor: Die in Ungarn arbeitenden Assekuranzen und die heimischen Wertpapiere. — Sparkassen und Volksversicherung. — Das Versicherungsgeschäft und die neuen Sonntagsruhebestimmungen. — Zum Kursstand der Wertpapiere.

*Weltwirtschaftliches Archiv. (Jena, 3. Band, Heft 1.) Zollinger: Die Bilanz der internationalen Wertübertragungen. — Francke: Internationale Arbeiterschutzverträge.

*Wirtschaft und Recht der Versicherung. (Kiel, 46. Jahrgang, Nr. 1 bis 2.) Falke: Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über Selbstentzündung von Heu und Erntegetreide. — Gerntner: Analytische Betrachtung veröffentlichter Bilanzen der Feuerversicherungsanstalten. — Kisch: Der Tatbestand der Veräußerung der versicherten Sache. — Cuno: Die Reichsabgabe von Versicherungen nach dem Reichsstempelgesetz vom 3. Juli 1913.

*Zeitschrift für das gesamte Handels- und Konkursrecht. (Stuttgart, 75. Band, Heft 1.) Rehm: Die Berechnung der Vorstands- und Aufsichtsratstantieme. — Wittmaack: Die Bestimmungen über Entschädigung wegen Tötung und Körperverletzung in dem internationalen Übereinkommen betreffend die Beschränkung der Haftung der Schiffseigentümer und das nordamerikanische Recht.

*Zeitschrift für Versicherungsmedizin. (Leipzig, 6. Jahrgang, Nr. 11 bis 12.) Köbke: Der Begriff der „Erwerbsunfähigkeit" in der sozialen Versicherungsgesetzgebung. — Müller: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall? — Decker: Paralysis agitans und Trauma. — Müller: Abweisung unberechtigter Invaliditätsansprüche.

*Zeitschrift für Versicherungswesen. (Berlin, Jahrgang 1913, Nr. 47 bis 51.) Josef: Erläuterung der Versicherungs-Bedingungen durch den Agenten. — Der Wasserleitungs-Haftpflichtschaden. — Cuno: Die Reichsabgabe von Versicherungen. — Die Pflichten des Versicherten bei der Versicherung für fremde Rechnung. — Das deutsche Geschäft der ausländischen Versicherungs-Gesellschaften 1911. — Meyer: Über Blitzschäden an Transformatoren. — Der Rechtfertigungsversuch des Aufsichtsamts. — Englische Versicherer im Kriegsfalle. — Stellung der Assekuradeure zu den Motorschiffen. — Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft. — Walter: Über die Tuberkulosesterblichkeit und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. — (Jahrgang 1914, Nr. 1 bis 5.) Die private Feuerversicherung in Deutschland im Jahre 1913. — Die private Lebensversicherung in Deutschland im Jahre 1913. — Die Transportversicherung im Jahre 1913. — Das Weißbuch des Reichskanzlers über die bisherigen Ergebnisse der Bestrebungen zur Vereinheitlichung des internationalen Seerechts. — Franck: Die Bedeutung alter Ohrenleiden für die Unfallversicherung.

*Zentralblatt der Reichsversicherung. (Frankfurt a. M., 9. Jahrgang, Nr. 23 bis 24. Stier-Somlo: Streitfragen im Angestelltenversicherungsrecht. — Werner: Hausarbeiter, Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende. — Dyhrenfurt: Die Träger der Versicherung in der RVO. und ihre Rechtsfähigkeit. — Hoyer: Die Kapitalanlagen der Invalidenversicherungs-Anstalten. — Bleeck: Das Heilverfahren in der Angestelltenversicherung. (10. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Stier-Somlo: Das Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung und andere Probleme. — Hoffmann: Die Krankenversicherung des Hausgewerbes. — Schall: Krankenkassen und Ärzte in Württemberg. — von Frankenberg: Die Wartezeit nach der RVO. — Seeger: Kann das Versicherungsamt die Übertragung der Barleistung auf § 370 RVO. an den Arzt des Versicherten auf Grund des § 119 Abs. 2 a. a. O. genehmigen? — Potthoff: Das Zusammentreffen von Ersatzkasse und Ersatzvertrag in der Angestelltenversicherung. — Seelmann: Die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht. — Schäffer: Die Wahl der Versicherungsvertreter.

*Finanzielle und Assekuranz-Revue. (Wien, 21. Jahrgang, Nr. 16 bis 23.) Die Versicherung minderwertiger Leben. — Alkohol und Lebensversicherung. — Adernverkalkung und Lebensversicherung.

*Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker. (Bern, Jahrgang 1913, 8. Heft.) du Pasquier: Mathematische Theorie der Invaliditätsversicherung. — Dumas: Le taux de l'intérêt dans l'assurance sur la vie en Suisse. — Göring: Barwert des Zinsüberschusses aus den mathematischen Reserven der Lebensversicherungen.

*Nationalökonom. (Wien, 26. Jahrgang, Nr. 33 bis 35.) Diverse Versicherungsbranchen in Deutschland. — Aktiven und Passiven der deutschen Versicherungs-Gesellschaften am Schlusse des Jahres 1912. — (27. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Der Staat und das Versicherungswesen.

*Österreichische Revue. (Wien, 38. Jahrgang, Nr. 48 bis 52.) Licht: Die Novellierung des österreichischen Pensionsversicherungsgesetzes. — Groß: Die Versicherung Minderwertiger. — Littmann: Die Rechtsstellung der Havariekommissäre und die Bedeutung ihrer Zertifikate. — Grohmann: Zur versicherungsärztlichen Untersuchung von Hämorrhoidalzuständen. — Grohmann: Die Arteriosclerose des Lebensversicherungskandidaten. — Die deutsche Viehversicherung im Jahre 1913. — (39. Jahrgang, Nr. 1 bis 5.) Zum Begriff des Einbruchdiebstahl. — Vertrauensarzt und Lebensversicherungsmedizin. — Dolezel: Über eine neue mechanische Ausgleichsformel. — Unfried: Zur Haftpflicht des Bauunternehmers. — Schneider: Die Rückwirkung der Versicherung auf das Verkehrswesen. — Dolezel: Über eine neue mechanische Ausgleichsformel. — Die Fahrlässigkeit bei Regreßansprüchen der Berufsgenossenschaften. — Roßmanith: Die versicherungstechnische Konstruktion des österreichischen Pensionsversicherungs-Gesetzes nach der Novellierung. — Haftpflichtversicherung und Werkvertrag. — Die Verbreitung der Lebensversicherung in den einzelnen Berufszweigen.

*Österreichische Zeitschrift für öffentliche und private Versicherung. (4. Jahrgang, Heft 1 und 2.) Schweninger: Die neue belgische Arbeiterversicherung. — Berger: Zur Frage der Nettokostenberechnungen. — Berthold: Die deutsche Sozialversicherung in den Programmen der politischen Parteien. — Hahn: Prämienzahlung und Beitragsabzug nach dem Pensionsversicherungsgesetze. — Meltzing: Die Wirkung der neuen Steuervorlagen auf die deutsche Privatversicherung. — Josef: Kleinere Streitfragen aus dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz. — Wehberg: Die Erklärung des Präsidenten von Lloyds auf dem Kopenhagener Seerechtskongresse. — Berthold: Die Gemeinde und der Gemeindeverband in der Reichsversicherungsordnung. — Rocca: Hat die Hagelversicherung internationale Bedeutung? — Kehlmann: Die Arbeiterkrankenversicherung in Bosnien und der Herzegowina.

*Versicherungsfreund. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Freund: Die österreichische Klassenlotterie und die Assekuranz. — Grotte: Welche Grundlagen bietet unser geltendes Privatrecht für die Beurteilung eines Versicherungsvertrages? — Sarajevo: Die österreichische Klassenlotterie und die Assekuranz.

*Arbetarskyddet. (Stocksund, 1913. Jahrgang, Nr. 11 bis 12.) Mackeprang: Den nye danske lov om offentlig arbejdsanvisning. — (Jahrgang 1914, Nr. 1.) Ovigstad: Moderskapsforsikring i Norge. — Liedstrand: Den frivilliga pensionsförsäkringen.

*Archief voor de Verzekerings-Wetenschap. (s-Gravenhage, 4. Teil, Dezemberheft.) Wichers: Beleeningen van polissen. — Fischer: Eenige algemeene formules voor de herleiding van verzekeringen tot die in termijnen. — Fischer: De verzekerde waarden in termijnen bepaald door middel van annuiteiten. — van Dorsten: Een ander elementair vraagstuk uit de kansrekening. — Ekama: Een oude regel uit de praktijk.

*Verzekeringsbode, De. (Rotterdam, 33. Jahrgang, Nr. 9 bis 18.) Het Deutsche Verein en het oorlogsrisico. — Manes: Ausbau der Versicherungs-Unternehmungsformen.

*Zonneschijn. (Hilversum, 24. Jahrgang, Nr. 1.) de Jager: Het oude jaar. — Nieuwenhuis: De bestemming der verzekering.

*Bulletin des Assurances Sociales. (Paris, 24. Jahrgang, Nr. 7.) Notes et documents sur l'application de la loi des retraites ouvrières en France.

*Bulletin des la Statistique générale de la France. (Paris, Tome III, Fasc. 1.) Coût de la vie. — Assurances sociales. — Mutualité.

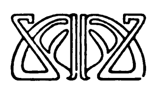
*Bulletin Trimestriel de l'Institut des Actuaires Français. (24. Jahrgang, Nr. 95.) Bellom: Chronique. — Risser: Etablissement d'une table provisoire de mortalité des ouvriers mineurs dans les mines de combustibles minéraux et dans les autres mines (France). – Razous: La protection de l'épargne.

*Journal of the Institute of Actuaries. (London, Vol. XLVIII, Part. 1.) Palin: Approximate valuation of endowment assurances. – Manly: A novel superannuation scheme. — Cameron: Whole life non-profit assurances. — Barrand: Legal notes. — Tayler: On the valuation of whole-life policies by select tables.

*Journal of the Royal Statistical Society. (London, 77. Jahrgang, Nr. 1 und 2.) Hutchins: Infantile mortality and the proportion of the sexes. — Wilson: The co-operative insurance of live-stock in England and Wales. — Greenwood: On the determination of size of family and of the distribution of characters in order of birth from samples taken through members of the sibships.

Actuarial Society of America (New York). (Vol. 14, Part. 2, Nr. 50.) Rhodes: The income tax law of the United States, as it affects life insurance companies. — Gill: The first actuary in America. — Whitney: A theory of substandard lives. — Maclean: Graduation by the summation method. — Linton: Life term and endowment mortality experience of the provident life and trust company of Philadelphia; with especial reference to relative according to age at entry. — Whitney: Schedules in workmen's compensation. — Jackson: The influence of medical re-examination on insured lives: health conservation.

*Market World and Chronicle. (New York, 92. Jahrgang, Vol. VI, Nr. 20 bis 25.) Bradbury: Extra-territorial effect of workmen's compensation statutes. — Rudolph: War and strike risks in relation to marine insurance. – Rumsey: A suggestion of a method for the control of fire insurance rates The new portuguese workmen's compensation law. — Life presidents' association in annual meeting. — Day: Group insurance-its aims and its field. — Moir: Disability benefits in life insurance. — The problem of the reinsurance of fire risks. — The workmen's compensation law. — (93. Jahrgang, Vol. VII, Nr. 1 bis 4.) Fricke: The case against state life insurance. — A criticism and reply on motor insurance underwriting. — The recent working-class insurance legislation in Russia. — Statements of insurance companies. — The growth of policy loans in life insurance.



Schluß der Redaktion: 15. Februar 1914.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W30.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstraße 68–71.



Abhandlungen.

Die Rechtsstellung der Mitglieder bei der Auflösung von Werkpensionskassen.

Ein Beitrag zur Rechtsnatur dieser Kassen.

Von Dr. phil. et jur. Paul Horster (Berlin-Lichterfelde).

A. Die Begriffe „Rechtsstellung" und „Mitglied" in ihrer Bedeutung für die Untersuchung.

Dem für die hier anzustellende Untersuchung gewählten Thema liegen zwei Unterstellungen zugrunde, die der Begriff der Werkpensionskasse[1]) nicht notwendig zur Voraussetzung hat: Das Vorliegen von Rechtsbeziehungen und das Vorhandensein eines Mitgliedschaftsverhältnisses.

Der weitere Begriff einer Werkpensionskasse ist dann bereits gegeben, wenn ein Arbeitgeber sämtlichen oder einem Teil seiner Arbeitnehmer Alters- oder Invaliditätsrenten, vielleicht auch den Hinterbliebenen Witwen- und Waisenrenten aus Einrichtungen gewährt, die er selbst zu diesem Zweck geschaffen hat. Es ist also ein lediglich tatsächlicher Zusammenhang zwischen dem Arbeitsverhältnis und diesen Unterstützungseinrichtungen denkbar. Man kann demnach aus ihrer bloßen Existenz bei einer bestimmten Unternehmung keineswegs auf das Vorhandensein von Rechtsbeziehungen zwischen ihnen und denjenigen Arbeitnehmern schließen, denen Leistungen aus diesen Einrichtungen zuteil werden. Noch viel weniger kann man ohne weiteres annehmen, daß diese Unterstützungseinrichtungen Gegenstand eines Gemeinschaftsverhältnisses unter den Arbeitnehmern derart sind, daß die Rechtsbeziehungen zwischen den Unterstützungseinrichtungen und den Arbeitnehmern sich als Mitgliedschaftsrechte und -pflichten darstellen.

B. Die Voraussetzungen für das Vorhandensein von Rechtsbeziehungen zwischen der Kasse und den an ihr Beteiligten und die Art dieser Beziehungen.

I. Die Kassenleistung und der Arbeitsvertrag.

1. Kassen, die nicht Gegenstand des Arbeitsvertrages sind.

Allen Werkpensionskassen ist die Beschränkung ihrer Leistungen auf einen Kreis von Personen gemeinsam, die in einem Ar-

[1]) Der Begriff will hier nur im wirtschaftlichen, nicht im rechtlichen Sinne verstanden sein.

beits- oder Dienstverhältnis[2]) zu einem bestimmten Unternehmen stehen. Dieses Verhältnis bildet die Voraussetzung für die Kassenleistungen, mithin auch für die etwaigen Rechtsansprüche auf diese Kassenleistungen. Für solche kann aber das einfache Arbeitsverhältnis nicht genügen, weil die für dieses durch den Arbeitsvertrag festgelegten Rechtsbeziehungen sich in der Werkleistung des Arbeiters gegen Entlohnung erschöpfen, unter Entlohnung aber grundsätzlich Rentenansprüche nicht verstanden werden können. Sollen also Rechtsbeziehungen zwischen jedem einzelnen Arbeitnehmer und der Kasseneinrichtung geschaffen werden, so kann das nur in der Weise geschehen, daß die Rechte gewährenden Satzungen der Unterstützungseinrichtung zum Gegenstand des Arbeitsvertrages gemacht werden.

Somit ergibt sich zunächst, daß die für die hier in Rede stehenden Fürsorgeeinrichtungen generell erlassenen Satzungen an sich nicht geeignet sind, Rechtsbeziehungen eines Arbeitnehmers gegenüber der Kasse zu begründen. Solche Satzungen sind lediglich eine Zusammenfassung der Absichten, welche die Firma hinsichtlich der Fürsorgeeinrichtung hegt, und die sie einseitig und jederzeit widerruflich für die Interessenten bekannt gibt.[3]) Auch würde beispielsweise der Beschluß einer Aktiengesellschaft, aus dem Gewinn eines Jahres 100 000 M. „zu einem Fonds für Pensionszwecke bereitzustellen", eine rechtliche Verpflichtung der Gesellschaft den Arbeitern gegenüber nicht begründen. Selbst die etwa im Gesellschaftsvertrag einer Aktiengesellschaft vorgesehene Dotierung eines Pensionsfonds würde nur eine Pflicht der Gesellschaftsorgane gegenüber der Gesellschaft, nicht aber eine Rechtspflicht der Unternehmung gegen Dritte festsetzen. Als solche erscheinen aber die Angestellten, da sie nicht Teilnehmer am Gesellschaftsvertrag sind.[4]) Derartige Bestimmungen berühren das arbeitsrechtliche Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht, sondern stellen sich lediglich als Verwaltungsmaßnahmen des Unternehmers hinsichtlich dieser Einrichtungen dar.

Es bedarf also für unser Thema bezüglich dieser Kassen nur des Hinweises, daß, da Rechtsbeziehungen der Arbeitnehmer zu ihnen nicht bestehen, im Fall der Auflösung des Unternehmens und der Kasse von irgendeinem Rechtsanspruch des Arbeitnehmers nicht die Rede sein kann. War zur Zeit des Bestehens der Kasse sein Verhältnis zu ihr wenigstens ein solches, daß er hoffen konnte, auch einmal der in Aussicht gestellten Unterstützungen teilhaftig zu werden, so schwindet diese Hoffnung für den Fall der Kassenauflösung gänzlich.

---

[2]) Da Pensionskassen sowohl für Arbeiter wie für Angestellte errichtet sind, so handelt es sich um Arbeits- bzw. Dienstverhältnisse, die im Arbeits- bzw. Dienstvertrag ihre rechtliche Grundlage haben. Der Einfachheit halber wird im folgenden immer nur von Arbeitsverhältnis bzw. -vertrag geredet.

[3]) So auch *Dilloo*, a. a. O. S. 70; Gewerbegericht Moers 16. 7. 1907, abgedr. in „Gewerbegericht", 13. Jahrg. S. 11.

[4]) *Rehm*, Bilanzen, S. 637 Anm. 4.

2. Kassen, die Gegenstand des Arbeitsvertrages sind.

Mit dem Eintritt in den Betrieb werden die Arbeitnehmer in der Regel an den bestehenden Kasseneinrichtungen beteiligt. Das geschieht meist formlos auf Grund einer Bestimmung in der Arbeitsordnung, die zum Gegenstand des Arbeitsvertrages gemacht wird.[5]) Natürlich ist es auch denkbar, daß diese Beteiligung des Arbeitnehmers an der Kasseneinrichtung durch die Unterzeichnung des Kassenstatuts erfolgt.[6]) Jedenfalls muß die konstitutive Verpflichtungserklärung der Firma zur Durchführung der Fürsorge gegenüber jedem Arbeitnehmer einzeln erfolgen, sei es in dem Anstellungsvertrage selbst, sei es in einer besonderen Vereinbarung, in der auch auf die Satzungen als integrierenden Bestandteil des Vertrages hingewiesen werden kann. Eine Verpflichtung zur Durchführung der Fürsorge für solche Arbeitnehmer, mit denen die Firma einen solchen Vertrag nicht abgeschlossen hat, selbst eine Verpflichtung zum Abschluß eines solchen Vertrages mit dem einzelnen Arbeitnehmer besteht an und für sich nicht, auch dann nicht, wenn im übrigen nach den Bedingungen der Satzungen die Voraussetzungen für die Gewährung der Fürsorge vorhanden sind.[7]) Immer ist der Arbeitsvertrag die Grundlage für die Beteiligung an der Kasse.

II. Die Kassenleistungen und der Rechtsanspruch auf sie.

1. Kassen ohne Rechtsanspruch.

Diese Beteiligung braucht nicht notwendig Rechtsbeziehungen zwischen der Kasse und den Arbeitnehmern zu schaffen, braucht keine Rechtsansprüche der Arbeitnehmer gegenüber der Kasse zu begründen. Das erscheint auf den ersten Blick namentlich für den Fall evident, daß ein solcher Rechtsanspruch beispielsweise ausdrücklich ausgeschlossen ist. In diesem Zusammenhang ist aber der Umstand der Heranziehung der Arbeitnehmer zu Geld- und Dienstleistungen für die Kasse von großer Bedeutung.

a) Kassen ohne Leistungen der Arbeitnehmer.

Es leuchtet ein, daß es einen großen Unterschied bedeutet, ob die Beteiligung der Arbeitnehmer an der Kasse von ihrem Standpunkt aus gesehen nur im Nehmen oder auch im Geben zum Ausdruck kommt.[8]) Selbstverständlich wird man für den hier unterstellten Fall das Fehlen eines Rechtsanspruchs immer dann annehmen müssen, wenn das ausdrücklich beispielsweise in den Satzungen

---

[5]) *Götze,* a. a. O. S. 53.

[6]) Vgl. OVG. i. St. St., Erg. Bd. VIII, 1900, S. 182 ff. — Der Ansicht Dr. *Reckes* in „P. u. R." a. a. O. S. 10, daß die Unterzeichnung des Kassenstatuts wegen des fehlenden Rechtsanspruchs überflüssig sei, ist nicht zuzustimmen, da auch bei „reinen Wohlfahrtskassen" keineswegs das Fehlen eines Rechtsanspruchs für alle Fälle unterstellt werden kann.

[7]) *Dilloo,* a. a. O. S. 70.

[8]) *Rehm,* Komm. Anm. 11 zu § 1: Daß für die Leistungen (der Kasse) keine besonderen Beiträge erhoben werden, spricht für Unterstützungscharakter.

ausgesprochen wird, oder wenn es sich aus anderen Bestimmungen ergibt. Demnach ist auch dann ein Rechtsanspruch nicht gegeben, wenn der Arbeitgeber die Renten- oder Unterstützungsbewilligung sich als sein ausschließliches Recht vorbehält oder von seiner besonderen Zustimmung abhängig macht. In einer Entscheidung vom 2. November 1909[9]) hat auch das Reichsgericht das Vorliegen von Rechtsansprüchen bei den „reinen Unterstützungskassen" für den Fall verneint, daß im Statut ein solcher Anspruch nur bei Anerkenntnis des Arbeitgebers bewilligt ist. In dem zur Entscheidung stehenden Fall war in dem Kassenstatut den Arbeitnehmern gegenüber klar zum Ausdruck gebracht worden, daß die aus der Kasse zu gewährenden Unterstützungen in einem freiwilligen Wohltätigkeitsakt des Arbeitgebers ihren Grund hätten. Gegenteiliges läßt sich nach der zutreffenden Ansicht des Reichsgerichts nicht aus der Vorschrift des § 26 des in Rede stehenden Statuts herleiten, daß „im Falle der Aufhebung des Statuts jedem Mitglied der aufzulösenden Kasse sein Guthaben nebst Zinsen sofort ausbezahlt werden soll", da die Aufhebung des Statuts, wie unmittelbar vorher bestimmt war, im Belieben der Beklagten stand. „Endlich", so führt das Reichsgericht weiter aus, „verstößt bei dem Umstand, daß die Kasse sich als eine reine Wohltätigkeitsanstalt für die Arbeiter darstellt, die von dem Arbeitgeber freiwillig und aus seinen Mitteln unterhalten wird, diese Auslegung . . . . . . auch nicht gegen Treu und Glauben."

Die Art der Beteiligung der Arbeitnehmer an der Kasse ist also bei der geschilderten Sachlage so aufzufassen, daß für sie auf Grund des Arbeitsvertrages unter den gegebenen Bedingungen lediglich eine Anwartschaft auf die Kassenleistungen eingeräumt wird, die keinen Rechtsanspruch begründet.[10]) Über die Quelle der zwischen der Kasse und dem an ihr beteiligten Arbeitnehmer entstandenen Beziehungen läßt sich das Reichsgericht in der bereits erwähnten Entscheidung vom 2. November 1909[11]) zutreffend also aus: „Wenn Gründung, Einrichtung und Unterhaltung der Kasse sich als reine Wohltätigkeit des Unternehmers ohne jegliches Zutun und Mitwirken der Arbeiter darstellen, und dem Ermessen des Unternehmers der weiteste Spielraum eingeräumt wird, ferner auch aus der Art und Weise, wie den Arbeitern ihre Zugehörigkeit zu der Kasse kundgegeben wird, etwas Gegenteiliges nicht zu folgern ist, so wurzeln die zwischen den Kassenmitgliedern und dem Unternehmer entstandenen Beziehungen und etwaige daraus abzuleitende Ansprüche nicht in dem durch den Arbeitsvertrag geschaffenen Rechtsverhältnis und verdanken nicht diesem ihre Entstehung, sie haben vielmehr nur in dem Arbeitsverhältnis ihren Anlaß. Es handelt sich also (bei den Leistungen der Kasse) nicht um Leistungen aus dem Arbeitsverhältnis."[12])

---

[9]) Abgedr. im „Recht", Jahrg. 1909 Nr. 3622.

[10]) So auch *Götze*, a. a. O. S. 53.

[11]) Abgedr. im „Recht", Jahrg. 1909 Nr. 3622.

[12]) Deshalb ist auch das Gewerbegericht für Klagen auf diese Leistungen nicht zuständig. Reichsgericht, 2. 11. 1909, abgedr. im „Recht", Jahrg. 1909 Nr. 3622.

Aus dem Gesagten folgt, daß anderenfalls bei Kassen ohne Arbeitnehmerbeiträge ein Rechtsanspruch für die an der Kasse beteiligten Arbeitnehmer gegeben ist, wenn sie während des Arbeitsverhältnisses oder im Anschluß an dasselbe nach Erfüllung der satzungsmäßigen Voraussetzungen invalide werden oder sterben, da dieser Anspruch auf die Kassenleistungen auf dem mit Abschluß des Arbeitsvertrages geschaffenen Rechtsverhältnisse gegründet ist.[13])

Insoweit die Kassen einen Rechtsanspruch nicht gewähren, ist den für die Auflösung dieser Kassen getroffenen Bestimmungen naturgemäß nur die Bedeutung von Absichten beizulegen, die das Unternehmen beispielsweise im Hinblick auf die Verwendung des Kassenvermögens hegt.[14]) Muß dagegen das Vorliegen eines Rechtsanspruchs angenommen werden,[15]) so ist für die Art dieses Anspruches nicht mehr der Umstand von Bedeutung, daß die Arbeitnehmer Beiträge zu der Kasse nicht leisten.

b) Kassen mit Zwangsleistungen der Arbeitnehmer.

Das Fehlen eines Rechtsanspruchs ist nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Beiträge der Arbeitnehmer zur Kasse keine freiwilligen sind.[16]) Es kann in diesen Beiträgen eine Gegenleistung für die zu erwartenden Hilfen liegen. Viel kommt darauf an, ob die Hilfen im Verhältnis zu der Höhe der Beiträge gering sind oder nicht. Haben die Hilfen nur den Charakter kleiner Zutaten zu anderen Hilfen (z. B. kleine Zuschüsse zu den gesetzlichen Krankengeldern und Invalidenrenten), so ist Unterstützung zu vermuten. Ist dagegen z. B. der einzige und vorwiegende Zweck der Kasse, den an ihr beteiligten Arbeitnehmern Pension oder ihren Hinterbliebenen Witwen- und Waisenunterstützung zu verschaffen, so spricht die Vermutung für Rechtsanspruch.[17])

---

[13]) Über das Vorliegen eines klagbaren Rechtsanspruchs der Arbeitnehmer auf die Kassenleistungen bei lediglich durch den Arbeitgeber unterhaltenen Kassen berichtet Dr. *Foehr* (Cöthen) auf der 13. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen („P. u. R." a. a. O. S. 260) in bezug auf die Firma *Zeiß* in Jena. *Götze* nimmt a. a. O. S. 53 ebenfalls die Möglichkeit des Vorliegens von Rechtsansprüchen bei den hier behandelten Kassen an. — Die Auffassung von Dr. *Recke* („P. u. R." S. 8), daß ein Rechtsanspruch der Rentenanwärter ausgeschlossen sei, da die Veranstaltung vollständig der freien Initiative der Geber entsprungen und aus ihren Mitteln unterhalten sei, ist nach dem oben Gesagten unrichtig. Ebenso ist der Ansicht von *Laporte* (a. a. O. Anmerkung S. 5) entgegenzutreten, daß, falls der Unternehmer alle Beiträge bezahlt, überhaupt gar kein Schuldverhältnis, sondern ein reiner Schenkungsakt vorliegt, und daß (a. a. O. S. 55) solche Kassen dem Angestellten überhaupt keinen Rechtsanspruch auf eine Gegenseitigkeit gewähren.

[14]) Über den Inhalt solcher Bestimmungen siehe „P. u. R." a. a. O. S. 17 und *Götze* a. a. O. S. 56.

[15]) Ein Rechtsanspruch folgt nicht bereits daraus, daß bestimmt ist, in erster Linie sei denjenigen zu helfen, die Beiträge freiwillig zahlen. *Rehm*, Komm. Anm. 11 zu § 1.

[16]) *Dilloo*, a. a. O. S. 33, weist darauf hin, daß eine erhebliche Anzahl patriarchalisch eingerichteter Kassen die Angestellten zu Beiträgen heranziehen, ohne ihnen einen Rechtsanspruch zu gewähren. Siehe hierüber und über die möglichen Organisationsformen der Pensionskassen auch *Löwenfeld* a. a. O. S. 27, 11 ff., 19 ff.

[17]) So auch *Rehm*, Komm. Anm. 11 zu § 1.

2. Kassen mit Rechtsanspruch.[18])

Die Voraussetzungen für den Rechtsanspruch.

Aus dem vorher Gesagten ergibt sich einmal, daß die mangelnde bzw. vorhandene Beitragsleistung der Arbeitnehmer zu der Kasse die Frage der Existenz von Rechtsverhältnissen zwischen der Kasse und den Arbeitnehmern nicht notwendig zu berühren braucht. Anderseits ist daran festzuhalten, daß bei Kassen ohne Beitragsleistung der Arbeitnehmer die Vermutung gegen Rechtsanspruch, bei solchen mit Arbeitnehmerbeiträgen die Vermutung für ihn spricht. Hinsichtlich der Voraussetzungen für den Rechtsanspruch gilt folgendes:

a) Im allgemeinen.

Wo die Gesamtheit der statutarischen Bestimmungen mit Deutlichkeit erkennen läßt, daß die Gewährung der Kassenleistungen an die Arbeitnehmer als eine Rechtspflicht der Kasse gedacht ist, daß m. a. W. keine vom willkürlichen Ermessen der Kassenorgane abhängige Unterstützungen gewährt werden sollen, ist naturgemäß das Vorliegen eines Rechtsanspruchs auf die Kassenleistungen anzunehmen. In dieser Beziehung werden die Statuten dann einer Interpretation nicht bedürfen, wenn sie eine positive Bestimmung enthalten, daß ein Rechtsanspruch gewährt wird. Wird umgekehrt der Rechtsanspruch ausdrücklich in den Satzungen ausgeschlossen,[19]) so ist zwischen Kassen ohne und solchen mit Arbeitnehmerbeiträgen zu unterscheiden. Bei ersteren hat eine solche Bestimmung den wirklichen Ausschluß des Rechtsanspruchs zur Folge, bei letzteren kann sie einen solchen Ausschluß dann nicht bewirken, wenn sich aus dem gesamten übrigen Inhalt der Satzungen entnehmen läßt, daß die zugesagten Leistungen nicht nur freie sind, d. h. lediglich vom Ermessen der Kassenorgane abhängen, sondern daß den Arbeitnehmern für bestimmte Leistungen Gegenleistungen derart in Aussicht gestellt sind, daß sie naturgemäß in den Glauben versetzt werden müssen, auf diese Gegenleistungen einen rechtlich erzwingbaren Anspruch zu haben.[20]) Die in solchen Fällen den Rechtsanspruch ausschließende Bestimmung des Statuts und die Übertragung der Entscheidung über vermeintliche Ansprüche der Mitglieder an die eigenen Organe der Kasse muß, weil mit dem übrigen Statuteninhalt in Widerspruch stehend, als ungültig angesehen werden.[21]) In Fällen, wo der sonstige Inhalt der Statuten nicht klar für die beabsichtigte Einräumung von Rechtsansprüchen

---

[18]) Hinsichtlich der steuerrechtlichen Behandlung der dem Pensionsfonds überwiesenen Gelder bei vorliegendem Rechtsanspruch siehe OVG. i. St. St. Bd. VIII S. 186 ff.

[19]) Das geschah häufig auch von Kassen mit Arbeitnehmerbeiträgen, um der Beaufsichtigung durch das Aufsichtsamt für Privatversicherung zu entgehen. Vgl. *Manes*, Komm. Anm. 7 zu § 1.

[20]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 96 und S. 105, 3. Jahrg. S. 87, 4. Jahrg. Anhang S. 5 ff., 5. Jahrg. Anhang S. 34, 36, 38; RGSt. Bd. 37 S. 409; *Rehm*, Komm. Anm. 11 zu § 1.

[21]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 105, 3. Jahrg. S. 85 ff., 4. Jahrg. S. 70. Auf wesentlich gleichem Standpunkt stehen die Gerichte. Vgl. „Veröffentlichungen, Anhang", 4. Jahrg. S. 5 ff., S. 29 ff., 5. Jahrg. S. 33 ff.

22

an die Kassenbeteiligten spricht, will das Aufsichtsamt[22]) mit Recht die Bestimmung über den Ausschluß des Rechtswegs als Auslegungsmittel zur Beseitigung der Zweifel mit in Betracht gezogen und je nach Lage des Falles als entscheidend für die Annahme angesehen wissen, daß den Arbeitnehmern Rechtsansprüche auf die Kassenleistungen überhaupt nicht zustehen sollen.[23]) Ist über den Rechtsanspruch überhaupt nichts ausgesagt, so ist dessen Fehlen[24]) bzw. Vorhandensein aus der Prüfung des Satzungsinhalts in der oben angedeuteten Richtung zu folgern, wobei, wie bereits erwähnt, eine Rechtsvermutung, je nachdem eine Beitragsleistung der Arbeitnehmer fehlt oder vorhanden ist, gegeben ist.

Als wesentliche Merkmale für das Vorhandensein von Rechtsansprüchen sind u. a. zu erachten: Die Aufstellung eines nach bestimmten Maßstäben (Alter- und Gefahrenklassen oder nach der Höhe der versicherten Leistung) abgestuften Beitragstarifs, die Beschränkung der Aufnahme nur bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsklasse, auf Personen in einem gewissen Lebensalter oder auf Personen, die ihre Gesundheit durch ärztliches Zeugnis nachweisen müssen, die Abhängigkeit der Aufnahme von der Beantwortung formularmäßig feststehender Fragen, die Festsetzung von Karenzzeiten, die Verwirkung des Anspruchs bei Zahlungsverzug, sowie natürlich die Überweisung von Streitigkeiten zwischen der Kasse und den an ihr Beteiligten an ein Schiedsgericht oder eine andere unparteiische Instanz.[25])

Der Rechtsanspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Vorstand unter gewissen Voraussetzungen den Betrag der Versicherungsleistungen herabsetzen kann und daß hierüber ein schiedsrichterliches Verfahren zugelassen ist.[26])

b) Die Arbeitnehmerbeiträge als Voraussetzung für den Rechtsanspruch im besonderen.

Wohl in der gesamten sich auf die Werkpensionskassen beziehenden Literatur kommt die Bedeutung, die man der Beitrags-

[22]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 105.

[23]) Von einer Kasse, die 2 % Beitrag erhebt und den Rechtsanspruch ausdrücklich ausschließt, wird berichtet: „P. u. R." a. a. O. S. 58. Siehe auch *Dilloo*, a. a. O. § 38 S. 33.

[24]) Wirklicher Ausschluß liegt vor, wo die Hauptversammlung nach freiem Ermessen über die Gewährung von Beihilfen zu beschließen hat (OLG. Karlsruhe, 6. 8. 1906, „Veröffentlichungen", 6. Jahrg. Anhang S. 3), oder wo der ganze Verein nach den besonderen Verhältnissen, insbesondere seiner engen örtlichen Begrenzung oder gegenseitigen persönlichen Bekanntschaft seiner Mitglieder erkennbar allein auf wechselseitigem Vertrauen beruht.

[25]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 105, 3. Jahrg. S. 87, 4. Jahrg. S. 21, 5. Jahrg. S. 92. — Ob diese Klagbarkeit vorliegt ist Auslegungsfrage. „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. Anhang S. 34. — Rechtsanspruch fordert nicht Klagbarkeit vor ordentlichen Gerichten; Geltendmachung vor Schiedsgerichten genügt. „Veröffentlichungen", 4. Jahrg. Anhang S. 29, 5. Jahrg. Anhang S. 35. Nach *Rehm*, Komm. Anm. 11 zu § 1, genügt Entscheidung (Gegensatz: guter Wille) der Verbandsorgane („Veröffentlichungen", 5. Jahrg. Anhang S. 38, 6. Jahrg. Anhang S. 31). A. M. Aufsichtsamt für Privatversicherung in „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 105.

[26]) OVG. 1. 2. 1904 Bd. 45 S. 357.

leistung des Arbeitnehmers zur Kasse im Hinblick auf deren Rechtscharakter zollt, in der gesonderten Behandlung dieses Kassentyps zum Ausdruck. „Kassen ohne Mitgliederbeiträge," — „Kassen mit Mitgliederbeiträgen," das sind in vielen Fällen die Eckpfeiler der Darlegung, von denen aus weitgehende Konsequenzen für die Rechtsnatur der Kasse gezogen werden.

Zunächst ist zu sagen, daß diese zwangsweise Heranziehung der Arbeitnehmer zu Beiträgen für die Kasse (Zwangsbeiträge) naturgemäß ihre Rechtsgrundlage im Arbeitsvertrag haben muß. Daß solches in den Kassensatzungen, die nicht Grundlage des Arbeitsvertrages sind, bestimmt ist, genügt nicht.[27]) Rechtlich ist gegen diesen aus versicherungstechnischen Gründen zu fordernden Beitragszwang nichts einzuwenden, da es ja dem Arbeitnehmer beim Eingehen des Arbeitsvertrages frei steht, zugleich mit diesem die Kassenmitgliedschaft anzunehmen oder abzulehnen.[28])

Was die Beurteilung der Bedeutung dieser Arbeitnehmerbeiträge für das Vorliegen von Rechtsansprüchen auf die Leistungen der Kasse anlangt, so steht die Ansicht *Kohlers*[29]) ziemlich vereinzelt da. *Kohler* behauptet, daß auch bei den Kassen mit Arbeiterbeiträgen nur eine fiktive Leistung derselben vorliege, während de facto der Unternehmer diese scheinbaren Lohnbezüge aus seiner Tasche bezahle. Hiernach wäre also auch in diesem Fall kein Rechtsanspruch gegeben. *Kohler* führt aus, daß ein deutscher pensionsberechtigter Beamter mit 6000 M. Gehalt nach Abzug des Pensionsbeitrags keinen Abzug gegenüber einem schweizerischen Beamten mit demselben Gehalt, aber ohne Pensionsberechtigung, erleide.

Mit Recht weist im Gegensatz hierzu *Laporte* darauf hin, daß der Unternehmer sich eines Betrugs schuldig macht, wenn er von einem angebotenen Lohn einen bestimmten Teil für die Pensionskasse abzieht, da die Lohnhöhe den Nachfragenden zum Angebot veranlaßte und ihm also falsche Tatsachen vorgespiegelt wurden. Wolle der Unternehmer aber die zur Kasse zurückbehaltenen Beiträge als Arbeitsbezahlung ansehen, so sei natürlich ein Rechtsanspruch der Arbeiter immer gegeben, einerlei, welcher Zahlungsmodus befolgt worden sei (Lohnabzüge[30]) oder direkte Einbezahlung).

Man wird in der Tat mit dem Aufsichtsamt[31]) das Vorliegen eines solchen Rechtsanspruches zum wenigsten dann annehmen müssen,

---

[27]) So auch Gewerbegericht Moers, 16. 7. 1907, abgedr. „Gewerbegericht", Bd. 13 S. 11.

[28]) Ebenso *Laporte*, a. a. O. S. 5 und 59 in bezug auf den Zwangsbeitritt zur Kasse. — „Für Kassen, die auf Beiträge der Beteiligten rechnen, ist das Prinzip des Zwanges unentbehrlich, daher finden wir es auch mit nur ganz verschwindenden Ausnahmen durchgeführt." „P. u. R." S. 34.

[29]) Siehe *Laporte*, a. a. O. S. 55. *Kohler*, Gutachten über die Kruppsche Arbeiterpensionskasse, S. 50 ff.

[30]) Über die Berechtigung des Lohnabzugs auf der Grundlage des Arbeitsvertrages siehe „Veröffentlichungen", 7. Jahrg. Anhang S. 70.

[31]) *Laporte*, a. a. O. S. 23, 57.

wenn die Beitragleistungen der Arbeitnehmer nicht ganz geringfügiger Natur sind.[32])

Es ist schon gesagt worden, daß bei Kassen mit Arbeitnehmerbeiträgen das Vorliegen eines Rechtsanspruchs immer dann anzunehmen ist, wenn den Arbeitnehmern für bestimmte Leistungen Gegenleistungen in einer Form in Aussicht gestellt sind, die in ihnen den Eindruck hervorrufen muß, daß sie diese Gegenleistungen rechtlich erzwingen können, unbeschadet des Umstandes, daß das Vorliegen eines Rechtsanspruchs durch ausdrückliche Bestimmung ausgeschlossen ist.[33])

Es kommt also auf das Vorliegen objektiver Merkmale an, nach denen der Unterstützungsanspruch möglichst seinem Umfange nach bestimmt werden kann. Zwar wird man annehmen, daß grundsätzlich in dem Arbeitnehmer bereits aus der Tatsache seiner Beitragspflicht subjektiv der Eindruck erweckt werden muß, daß ihm Rechtsansprüche auf die Kassenleistungen zustehen. Liegt doch dieser Verpflichtung ein innerlich mit dem Arbeitsvertrag nicht zusammenhängendes Rechtsgeschäft zugrunde, das, da es für den Arbeitnehmer Pflichten begründet, ihm auch Rechte gewähren muß.[34]) Liegen aber die Verhältnisse so, daß auf Grund objektiver Merkmale das Vorliegen eines Rechtsanspruchs nicht zu erkennen, und ferner ein solcher Rechtsanspruch ausdrücklich ausgeschlossen ist, so kann je nach Lage des Falles angenommen werden, daß tatsächlich ein Rechtsanspruch nicht gegeben ist.

Praktisch wird aber dieser rechtlich zulässige Ausschluß des Rechtsanspruchs für die Werkpensionskassen mit Arbeitnehmerbeiträgen kaum werden, da die für die Annahme von Rechtsansprüchen erforderlichen objektiven Merkmale wohl stets gegeben sein werden. Sie liegen dann vor, wenn die Höhe der Gegenleistungen der Kasse rechnerisch bestimmbar ist, gleichgültig, ob sie endgültig feststeht oder nach Maßgabe der Mittel in einem bestimmten Verfahren rechnerisch festgesetzt wird.[35]) Sie sind m. a. W. bei der notorischen Schwierigkeit, Werkpensionskassen nach streng rationeller Versicherungstechnik zu organisieren, bereits dann als vorhanden anzusehen, wenn die Summe der in Aussicht gestellten Gegenleistungen der Summe der von den Arbeitern geleisteten Einzahlungen (mit angemessenem Abzug für die Verwaltung) gleichkommt. Bei dem Vor-

---

[32]) Ebenso: *Cuno* in „Gewerbe- und Kaufmannsgericht", 16. Jahrg. S. 188; *Recke* in „P. u. R.", a. a. O. S. 30 ff.; *Zimmer*, ebenda, a. a. O. S. 225; *Bischoff*, ebenda, S. 213; „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 23; *Dilloo*, a. a. O. S. 62, 119; *Laporte*, a. a. O. S. 23, 57.

[33]) Siehe „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 23.

[34]) Auch die Beiträge der Arbeitgeber können nicht als Schenkungen angesehen werden, sondern als eine vertragliche Verpflichtung, aus dem mit dem Arbeitnehmer geschlossenen Arbeitsvertrag. So auch *Mantel*, „Gewerbe- und Kaufmannsgerichte", 16. Jahrg. S. 191.

[35]) „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 87 und 5. Jahrg. S. 93, betonen in Übereinstimmung mit dem Kammergericht (Bd. 11, 1892, S. 199) und dem Oberverwaltungsgericht (Bd. 17, 1889, S. 422, 424 ff.) die „Bestimmtheit von Leistung und Gegenleistung" als wesentliches Merkmal für das Vorliegen von Rechtsansprüchen.

liegen solcher objektiv bestimmten Grundsätze für die Feststellung des Rechtsanspruchs kann ein solcher nicht bestritten werden.[36])

Nun muß es aber als ein Wesensmerkmal der durch Arbeitnehmerbeiträge dotierten Werkpensionskassen angesehen werden, daß bei ihnen grundsätzlich die Beiträge in direkte Beziehung zu den Kassenleistungen gesetzt sind, daß ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung geschaffen ist.[37]) „Man rechnet damit," so sagt das Aufsichtsamt,[38]) „daß aus den Leistungen der Mitglieder dereinst bestimmte Verbindlichkeiten der Kasse erwachsen werden, und hat namhafte Fonds angesammelt, um diesen Verpflichtungen zu genügen." Man wird also, wie gesagt, im allgemeinen aus der Tatsache eines für die Arbeitnehmer festgelegten Beitragszwanges zu der Kasse auf das Vorhandensein von Rechtsansprüchen der Arbeitnehmer auf die Kassenleistungen schließen müssen.

III. Die Art des Rechtsanspruchs.

Durch das Vorhandensein des Rechtsanspruchs auf die Kassenleistungen wird keineswegs etwas über die Art dieses Anspruchs ausgesagt. Bei der hier vorzunehmenden Untersuchung, bei der die vermögensrechtlichen Ansprüche der Arbeitnehmer an die Kasse für den Fall ihrer Auflösung zur Diskussion stehen, bedürfen zunächst die Voraussetzungen der Klärung, unter welchen die Arbeitnehmer lediglich Forderungsrechte an das Unternehmen oder etwa Eigentümerrechte an dem Vermögen der aufzulösenden Kasse besitzen.

Der wirtschaftliche Begriff der Werkpensionskasse läßt nun im Hinblick auf vermögensrechtliche Ansprüche der Arbeitnehmer an sie rechtlich im wesentlichen eine dreifache Auslegung zu. Es kann sich erstens nur um die Ausscheidung eines Vermögensstockes, die ausschließlich die Buch- und Kassenführung betrifft, innerhalb des Unternehmens handeln, so daß die Widmung jederzeit einseitig von der Leitung des Unternehmens rückgängig gemacht werden kann. Es kann zweitens der Vermögensstock den Unterstützungszwecken so gewidmet sein, daß einerseits ein Recht auf die Verwendung für diese Zwecke entstanden ist und daher die Widmung nicht rückgängig gemacht werden kann, daß aber anderseits dennoch der Vermögensstock im Eigentum des Unternehmens verblieben ist. Drittens besteht die Möglichkeit, daß der Vermögensstock in das Eigentum eines anderen Rechtssubjekts, etwa der Arbeiterschaft, übergegangen ist.[39]) In den beiden ersten Fällen haben die Versicherten nur Forderungsrechte an das Unternehmen, im letzten Falle als Mitglieder der Kasse Eigentumsrechte am Kassenvermögen. Im Regelfalle entsprechen diesen drei Anspruchsarten zwei grundsätzlich verschiedene Kassentypen derart, daß beim Vorliegen lediglich forderungsrechtlicher Ansprüche

---

[36]) So auch Z. f. d. g. V.-W., Bd. 7 S. 717.

[37]) „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 23.

[38]) Ebenda, S. 26.

[39]) So auch Urteil des Gewerbegerichts Magdeburg vom 27. Februar 1908. Abgedr. in „Gewerbe- und Kaufmannsgerichte", XIII. Jahrg. S. 162 ff.

der Arbeitnehmer an die Kasse diese sich als eine „interne Betriebseinrichtung" des Unternehmens darstellt, während dem Eigentumsrecht der Arbeitnehmer am Kassenvermögen der Charakter der Kasse als eines selbständigen Rechtsgebildes mit eigenem Sondervermögen und eigenen Organen und Rechten entspricht.

1. Kassen, die nur Forderungsrechte gewähren.

a) Pensionsfonds, in bezug auf die ein Mitgliedschaftsverhältnis nicht besteht.

Den Werkpensionskassen älteren Stils steht die Bezeichnung als solche vom rechtlichen Standpunkt aus gesehen grundsätzlich nicht zu, wenn man unter Werkpensionskassen diejenigen Wohlfahrtseinrichtungen verstanden wissen will, die *für ihre Mitglieder* Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenpensionen vorsehen;[40]) denn diesen älteren Kassen fehlt ein Gemeinschaftsverhältnis der Arbeitnehmer, d. h. derjenigen, denen die Leistungen einer solchen Kasse zugute kommen sollen, vollständig. Bei ihrer Errichtung wurde lediglich so verfahren, daß der Arbeitgeber Gelder stiftete[41]) und nicht selten weitere periodische Zuwendungen zu dem Zwecke in Aussicht stellte, um aus den Zinsen dieser Kapitalien früheren Angestellten Pensionen zu gewähren. Den Angestellten selbst stand eine Mitwirkung an der Verwaltung der Kassen, namentlich an der Vermögensverwaltung, nicht zu.

Solche Kassen sind rechtlich nichts weiter als Fonds,[42]) die von der Unternehmung zu dem Zwecke angelegt worden sind, um die materielle Unterlage für die den Angestellten vertraglich zugesicherten Ansprüche zu schaffen. Diese Ansprüche selbst sind rein forderungsrechtlicher Natur und stehen jedem Arbeitnehmer einzeln in der vereinbarten Höhe dem Arbeitgeber gegenüber zu. Dagegen bestehen Rechtsbeziehungen zwischen den an der Wohlfahrtseinrichtung beteiligten Arbeitnehmern und dem erwähnten Fonds[43]) nicht.

[40]) So richtig *Götze*, a. a. O. S. XV.

[41]) Etliche Arbeitgeber haben ihre Unterstützungsfonds in das Rechtsinstitut einer Stiftung gekleidet. Hierdurch erhalten die Arbeiter zwar keinen direkten Rechtsanspruch, aber immerhin doch einen indirekten, die Anwartschaft. Ferner ist ihnen durch die Stiftungsurkunde ein objektiveres Verfahren bei ihren Anträgen auf Unterstützung gesichert. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vorteil ist, daß das Stiftungsvermögen getrennt von dem der Firma und als eigenes Rechtssubjekt unabhängig von ihrem Schicksal ist. Das Stiftungsvermögen kann so seinem Zweck nicht entzogen werden (*Götze*, a. a. O. S. 11). Siehe auch „P. u. R.", a. a. O. S. 19 ff.

[42]) Siehe auch ein Urteil des Gewerbegerichts Mainz (Abgedr. in „Das Gewerbegericht", V. Jahrg. S. 27), das mit Recht das Vorliegen eines solchen Rechtszustandes auch bei Leistungen der Arbeitnehmer für möglich hält.

[43]) Bei dem Zusammensturz des Comptoir d'Escompte wurde denn auch beispielsweise den Angestellten jeder Anspruch auf den Pensionsfonds abgesprochen. Es heißt darüber bei *Houpin*, Sociétés civiles et commerciales Nr. 820 in deutscher Übersetzung: „Die Rücklagen können auch zur Unterhaltung einer Unterstützungskasse dienen, welche es ermöglicht, den früheren Angestellten und Arbeitern Pensionen oder ein gewisses Ka-

Diese „Pensionsfonds" sind an die Verwendung für die bei ihrer Errichtung geplanten Zwecke nicht gebunden. Der Arbeitgeber ist vielmehr jederzeit befugt, diese Fonds für andere Zwecke zu verwenden. Falls besondere Effekten der Wohlfahrtsfonds oder sonstige Vermögensstücke mit derartigen Sonderbezeichnungen in den Aktiven aufgeführt werden, so ist dies, wie jede derartige Abtrennung von Reservefondsbeständen, juristisch zum mindesten wertlos.[44]) Im Konkurse des Arbeitgebers fallen solche Aktiven in die Konkursmasse, und jeder einzelne beteiligte Angestellte kann gegen die Masse, oder für den sonstigen Fall der Auflösung gegen den Arbeitgeber, nur insoweit Forderungen geltend machen, als ihm solche durch besondere Verträge gewährt sind, ohne daß er indessen ein Absonderungsrecht bezüglich der „Effekten des Wohlfahrtsfonds" hat.[45])

b) Pensionskassen, bei denen ein Mitgliedschaftsverhältnis besteht.

aa) Mit gemeinsamen allgemeinen Forderungen.

Für die Art der Forderungsrechte ist es von Bedeutung, ob die an der Wohlfahrtseinrichtung beteiligten Arbeitnehmer im Hinblick auf sie in ein Gemeinschaftsverhältnis treten.[46]) Das ist namentlich dann anzunehmen, wenn die Verwaltung dieser Wohlfahrtseinrich-

---

pital zu gewähren. Die mittels jährlicher Zuwendungen unterhaltene Unterstützungskasse ist nicht Eigentum des Personals, sondern der Gesellschaft selbst, die sie gründet und verwaltet. So ist es entschieden worden für die Gelder der Unterstützungskasse der Angestellten des Comptoir d'Escompte, welche allein von Gewinnrücklagen angesammelt worden waren. Nach dem Zusammenbruch dieser Gesellschaft wurde entschieden, daß die Gelder Eigentum der Aktionäre geblieben seien, und daß die Angestellten gar kein Recht auf die Summen hätten, welche auf das Konto der Unterstützungskasse überschrieben waren. — Um diesen schwerwiegenden Unzuträglichkeiten abzuhelfen und die Interessen der Angestellten und Arbeiter zu wahren, hat ein Gesetz vom 27. Dezember 1895 die zum Nutzen der Angestellten und Arbeiter gegründeten Pensions-Hilfs- und Unterstützungskassen geregelt. Es ergibt sich besonders folgendes daraus: Im Falle des Konkurses, der gerichtlichen Liquidation oder der Zahlungsunfähigkeit können die Arbeiter, Angestellten und sonstigen Nutznießer dieser Kassen mit vollem Recht die Herausgabe aller Summen, Kapital wie Zinsen, welche nicht statutengemäß verwandt wurden, verlangen, wenn für die Unterstützungskasse Abzüge vom Gehalt gemacht wurden, oder der Unternehmer Einzahlungen entgegengenommen oder sich zur Zahlung bestimmter Summen verpflichtet hat. Die Tatsache allein, daß irgendwelche den Unterstützungskassen zugewendeten Summen in die Konsignationskasse oder irgendeine andere Kasse eingezahlt worden sind, gibt den Nutznießern dieser Einrichtungen ein Pfandrecht auf diese Summen und Werte gemäß den Bestimmungen des Artikels 2073 c. c. Die Herausgabe abgezogener oder anderer für die Unterstützungseinrichtungen verwandter Summen, welche zur Zeit des Konkurses oder der Liquidation nicht tatsächlich in eine der vom Gesetz bestimmten Kassen eingezahlt waren, ist gesichert für das letzte Jahr und für das, was noch für das laufende Jahr fällig ist, durch ein Vorrecht auf alle Mobilien und Immobilien des Chefs des Unternehmens, welches auf derselben Stufe steht mit dem Vorrecht, das den Gehältern der Dienstboten durch Artikel 2101 c. c. eingeräumt ist."

[44]) So auch *Simon*, a. a. O. S. 255.

[45]) Siehe auch „P. u. R.", a. a. O. S. 227 ff.

[46]) Dies braucht keine „Gemeinschaft" im Sinne des BGB. §§ 741 ff. zu sein.

tung nicht ausschließlich vom Arbeitgeber, sondern in Gemeinschaft mit Beamten oder Arbeitern der Gesellschaft oder durch diese allein erfolgt. Ferner dann, wenn die Unterstützungsansprüche gegen den Fonds als solchen eingeräumt sind.[47]) Auch der Umstand ist in dieser Beziehung nicht bedeutungslos, daß in den Statuten gewisse Grundsätze festgelegt werden, nach welchen die Verteilung der Unterstützungen zu erfolgen hat.[48]) Damit erhalten diese Wohlfahrtseinrichtungen eine, wenn auch zunächst noch schwache, Selbständigkeit gegenüber dem Unternehmer. Sie stellen sich als Kassen im Rechtssinne dar.

Das Vorliegen lediglich von Forderungsrechten der beteiligten Kreise an den Arbeitgeber (und nicht von Eigentumsrechten an dem Kassenvermögen) ist immer dann anzunehmen, wenn der Fonds nicht besonders angelegt ist, wenn m. a. W. eine Unterscheidbarkeit der Vermögensbestandteile nicht gegeben ist. Das ist also beispielsweise der Fall, wenn die dem Fonds zugedachten Beträge in der Bilanz des Unternehmens ganz allgemein als Schuldposten verbucht werden.[49]) Aber auch mit der besonderen Anlegung ist die Forderungsrechtsnatur des Fonds sehr wohl vereinbar.

Die Feststellung, ob bei Unterscheidbarkeit der Bestandteile des Fonds lediglich Forderungsrechte oder Eigentumsrechte der Arbeitnehmer an diesem anzunehmen sind, ist vielfach mit Schwierigkeiten verknüpft, da die Verhältnisse überaus mannigfaltig sind. Davon geben die Veröffentlichungen des Aufsichtsamts für Privatversicherung ein anschauliches Bild. Neben den Bestimmungen des Statuts ist die gesamte Struktur der Kasse für diese Feststellung von Bedeutung.

Den Verbleib des Kassenfonds im Eigentum des Unternehmens wird man, abgesehen von einer ausdrücklich dahingehenden Bestimmung des Statuts, dann annehmen müssen, wenn sich die Firma Rechte in bezug auf die Verwendung der Gelder (innerhalb des Kassenzwecks) vorbehält. In dieser Beziehung verweist *Simon*[50]) auf den Pensions- und Unterstützungsfonds der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft zu Berlin. Nach dessen Verwaltungsordnung werden zum Zwecke „der Verwaltung der Erträgnisse“ Verwaltungskommissionen errichtet, welche teils vom Vorstand ernannt, teils von den Angestellten gewählt werden. Diese Kommissionen beschließen über die Unterstützungsgesuche. Der Vorstand der Gesellschaft bestimmt dagegen, bis zu welcher Höhe die Erträgnisse des Fonds den einzelnen Kommissionen zur Verfügung gestellt werden. Über den Verbleib des Fonds bei Auflösung der Gesellschaft ist nichts bestimmt. Hier findet zwar behufs Sicherung einer gerechten Verwendung der

---

[47]) *Rehm,* Bilanzen S. 559.

[48]) *Simon,* a. a. O. S. 256.

[49]) *Rehm,* Bilanzen, a. a. O. S. 559: „Findet sich der Pensionsfonds (auch detailliert) in der Bilanz der Unternehmung, so spricht mehr dafür, daß er nur Gegenstand eines Forderungs-, nicht eines Eigentumsrechts Dritter bildet.“

[50]) A. a. O. S. 258.

Zinsen eine Mitwirkung der Angestellten statt. Das Kapital aber verbleibt Vermögen der Gesellschaft.[51])

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Mitglieder der Kasse sich ihrer Beträge entäußern, und daß ihnen ganz allgemein, also auch für den Fall der Auflösung der Kasse, nur die statutarisch zugebilligten Forderungsrechte dem Unternehmen gegenüber zustehen. Wenn nun eine Forderung mit teilbarem Gegenstand mehreren zusteht, so liegen allerdings normalerweise Teilforderungen ohne Gemeinschaftsverhältnis vor.[52]) Aber mit Recht betont *Rehm*,[53]) daß die Benennung der Forderung als Pensionskasse etwas Anormales, besondere Umstände, eine gewisse Verbindung der Teilnehmer, eine Forderungsgemeinschaft anzeigt.

Das unter den Versicherungsberechtigten bestehende Gemeinschaftsverhältnis ist das eines nicht rechtsfähigen Vereins. Das hat die Zugehörigkeit der Forderungen zur Gesamthandsphäre und damit zur Folge, daß nur die Kassenangehörigen zusammen die Gläubigerrechte haben und ausüben können. Somit bestehen von vornherein ganz besondere Regeln für die Art und Weise der Konkurrenz der mehreren: es wird überall Zusammenhandeln verlangt.[54])

Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich hieraus, daß bei der Auflösung von Werkpensionskassen der geschilderten Art den Kassenmitgliedern auch lediglich Forderungsansprüche an das Unternehmen zustehen. Von Bedeutung ist jedoch, daß kein einzelnes Vereinsmitglied an den zum Vereinsvermögen gehörigen Forderungen ein nach Quoten geteiltes Gläubigerrecht hat, daß ihnen diese Ansprüche vielmehr gemeinsam als Mitglieder eines nicht rechtsfähigen Vereins zustehen. Ein Anspruch eines Kassenmitglieds auf Aus-

---

[51]) So auch *Simon*, a. a. O. S. 258. Im Jahre 1899 hatte das Oberverwaltungsgericht — Bd. VIII. OVG. i. St. St. S. 182 ff. — im Rahmen einer steuerrechtlichen Entscheidung die Frage zu prüfen, ob eine bestimmte Werkpensionskasse als Eigentümerin eines Pensionsfonds anzusehen sei. Das Oberverwaltungsgericht verneinte die Frage mit der Begründung, daß die Kasse keine juristische Persönlichkeit sei. Die Begründung ist unzutreffend, die Entscheidung richtig. Es ist sehr wohl denkbar, daß die Kasse sich als ein nicht rechtsfähiger Verein darstellt, der Eigentumsrechte am Pensionsfonds besitzt. Dennoch muß man zu dem Ergebnis des Oberverwaltungsgerichts kommen. Einmal ersieht man aus der Organisation der Kasse mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit, daß der Pensionsfonds keine unterscheidbaren Vermögensbestandteile enthielt. Deshalb ist schon ein gesondertes Eigentumsrecht der Versicherten an diesen nicht denkbar. Ein solches ist aber auch selbst unter der Voraussetzung, daß der Fonds aus unterscheidbaren Vermögensbestandteilen besteht, hier nicht anzunehmen, weil die versicherten Angestellten über ihn nicht frei verfügen können.

[52]) § 420 BGB.

[53]) *Rehm*, Bilanzen, S. 560 Anm. 1. Die in einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (Entsch. in Staatssteuersachen, Bd. VIII. S. 187 ff.) vertretene Anschauung, daß eine Kasse, der die Eigenschaft einer juristischen Person fehle, sich nicht als solche im Verhältnis eines Gläubigers zu der Unternehmung befinde, auch nicht Eigentum an den Kassenfonds besitzen könne, ist nicht zutreffend.

[54]) *Kaufmann:* „Das Eigentum am Gesellschaftsvermögen." **Fischers** Abhandlungen, 22. Bd. 2. Heft, München 1911.

zahlung von Bargeld in Höhe der von ihm erworbenen Ansprüche besteht nicht. Der Gesamtwille entscheidet.

Dem für Pensionszwecke zurückgestellten Fonds kommt auch hier nur die betriebsinterne Bedeutung zu, daß mit ihm die Belastung der Gesellschaft gedeckt werden soll. Trotz seiner besonderen Verwaltung hört er nicht auf, zum Vermögen des Arbeitgebers zu gehören. In der Aussonderung bestimmter Vermögensteile muß vielleicht sogar allgemein eine Beschränkung der Haftung des Arbeitgebers in ihrer Höhe für die aus der Kassenmitgliedschaft erwachsenden Ansprüche gefolgert werden. Im Fall des Konkurses würden die Kassenfonds zur Konkursmasse gehören und jedem Mitglied die Geltendmachung seiner Forderung gegenüber der Konkursmasse obliegen.

bb) Mit dinglich gesicherten Forderungsrechten.

Unter bestimmten Voraussetzungen können aber die Rechtsansprüche der Kassenmitglieder auf solche im Eigentum der Unternehmung verbleibende abgesonderte Fonds mehr als nur forderungsrechtlicher Natur sein.[55]) Wie das Aufsichtsamt betont,[56]) hat es allenthalben auf die Änderung des Zustandes hingewirkt, „daß das Vermögen der Kasse lediglich in einem Guthaben bei den Unternehmern", d. h. in einem Forderungsrecht, besteht. Es hat sich aber in „einzelnen Fällen" damit begnügt, „daß das Guthaben der Kasse von dem Unternehmer durch Verpfändung von mündelsicheren Werten bzw. solchen Anlagen, die dem § 59 VAG. entsprechen (Anlegung der Prämienreserve), sichergestellt wurde".

In diesem Falle liegen gewissermaßen unterscheidbare Vermögensbestandteile vor. An den für die Kasse bestimmten Vermögensobjekten ist der Kasse ein Pfandrecht eingeräumt. Die Kasse hat also gegen den Arbeitgeber ein Forderungsrecht und zugleich ein Pfandrecht an bestimmten Vermögensobjekten, das dieses Forderungsrecht sicherstellen soll.

Bei der Auflösung der Kasse hat die Kasse zunächst lediglich den Anspruch auf Zahlung des Kassenvermögens in Geld. Wird diesem Anspruch nicht genügt, so kann die Kasse ihr Pfandrecht nach den Bestimmungen des BGB. geltend machen. Im Falle des Konkurses hat die Kasse gegen den Arbeitgeber bzw. die Konkursmasse ein Recht auf abgesonderte Befriedigung für ihre Forderungen aus den ihr verpfändeten Vermögensobjekten.[57])

[55]) Z. B. wenn den Arbeitnehmern Unterstützungsansprüche gegen den Fonds (die Kasse) als solchen eingeräumt sind (*Rehm,* Bilanzen, a. a. O. S. 559).

[56]) „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 68.

[57]) In dieser Beziehung ist das Beamtenstatut einer Versicherungsanstalt von Interesse, welches die Pensionsverhältnisse der Beamten und ihre Rechte an einer schon seit 70 Jahren bestehenden Pensionskasse regelt. Der Schilderung des Aufsichtsamts hierüber („Veröffentlichungen", 6. Jahrg. S. 84) ist folgendes zu entnehmen: Es besteht ein Beamtenausschuß, welcher die Rechte der Beamten, Pensionäre und Hinterbliebenen an dem Vermögen der Pensionskasse nach dem Statut wahrzunehmen hat. Das Vermögen der Pensionskasse ist das Eigentum der dienstgebenden An-



2. Kassen mit Eigentumsrechten am Fonds.

Ein Eigentum der Gemeinschaft am Fonds ist nur dann anzunehmen, wenn der Fonds besonders angelegt ist; denn nur dann ist Unterscheidbarkeit der Vermögensbestandteile vorhanden.[58]) Führt die Kasse nach dem Statut oder tatsächlich ein von dem Vermögen des Arbeitgebers gesondertes Dasein, begibt sich die Firma jeglichen Einflusses auf die Verwendung des Fonds, sind den Arbeitnehmern im Hinblick auf Verwaltung und Verwendung dieses Fonds wesentliche Rechte überlassen, so scheiden die dem Fonds überwiesenen Beträge aus dem Vermögen des Arbeitgebers aus und gehen in das Eigentum der Kasse über.

Eine solche Rechtslage ist beispielsweise für eine Kasse anzunehmen, deren Statut folgende Bestimmungen aufweist:[59]) „Das Kapital der Kasse ist unantastbar. Die Kasse wird nicht vom Vorstand,

---

stalt. Die Beamten werden zu Beiträgen (sog. Einlagen) herangezogen, die Anstalt selbst hat das Fünffache dieser Beiträge zu zahlen. Neben dem Vermögen der Pensionskasse haftet die Anstalt den Beamten, Pensionären und Hinterbliebenen für ihre Ansprüche auf Ruhegehalt, Witwen- und Waisengeld, Rückgabe der Einlagen und etwaige Kapitalabfindungen. Zur Sicherung der gegenwärtigen und künftigen Ansprüche dieser Personen selbst für den Fall des Konkurses und der Auflösung der Anstalt wird diesen an den Wertpapieren der Pensionskasse (das Vermögen der letzteren wird ausschließlich in Inhaberpapieren angelegt) ein Pfandrecht eingeräumt. Der Beamtenausschuß wählt aus der Mitte der Beamten einen Vertreter der Pfandgläubiger. Dieser ist berechtigt und verpflichtet, namens der Pfandgläubiger alle mit dem Pfandrechte verbundenen Rechte und Obliegenheiten einschließlich der Prozeßführung wahrzunehmen. Die Mäntel der Wertpapiere sind bei einem guten Bankhause zu hinterlegen, welches zugleich namens der Anstalt und der Pfandgläubiger den Besitz an denselben ausübt und sich verpflichtet, sie nur auf eine von dem Vertreter der Pfandgläubiger mitunterzeichnete Anweisung auszufolgen. Die Zins- und Erneuerungsscheine werden unter Mitverschluß des Vertreters der Pfandgläubiger aufbewahrt. Die Verwaltung erfolgt durch die Anstalt unter Mitwirkung des Vertreters der Pfandgläubiger. Bei Auflösung der Anstalt wird der Kapitalwert der Ansprüche unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Verhältnisse festgestellt. Die hiernach zu gewährende Kapitalabfindung soll jedoch keineswegs weniger betragen, als die Summe der von einem Beamten selbst und der von der Anstalt für ihn gemachten Einlagen und nicht mehr als das Fünfundzwanzigfache der Jahrespension, welche der Beamte zu beanspruchen hätte, wenn der Pensionsfall im Zeitpunkt der Auflösung eingetreten wäre. Reicht das Vermögen der Pensionskasse zur Bezahlung dieser Kapitalabfindungen nicht aus, so hat für den Ausfall die Anstalt aufzukommen. Auch der Fall der Einführung einer öffentlich-rechtlichen Pensionsversicherung ist bereits in Rücksicht genommen. Zur Abänderung des Statuts ist der Aufsichtsrat nach Anhörung des Beamtenausschusses zuständig; wenn jedoch letzterer der Ansicht ist, daß dadurch wesentliche Rechte und Interessen der Beamten verletzt werden, kann er das Schiedsgericht, bei welchem der Beamtenausschuß vertreten ist, anrufen. Dieses entscheidet dann endgültig.

[58]) *Rehm*, Bilanzen, a. a. O. S. 559. Der Fonds darf dann eigentlich in der Bilanz der Unternehmung nicht mehr auftreten. Findet er sich in der Bilanz der Unternehmung, so spricht mehr dafür, daß er nur Gegenstand eines Forderungs-, nicht eines Eigentumsrechtes Dritter bildet. Immerhin ist aber letzteres denkbar.

[59]) *Simon*, a. a. O. S. 257.

sondern von einem Kuratorium verwaltet, bestehend aus je einem Mitglied der Direktion, des Aufsichtsrats und der Beamtenschaft. Dies Kuratorium verfügt über die zu gewährenden Pensionen und Unterstützungen. Im Fall der Auflösung der Bank ist der Betrag der Kasse unter die Beamtenschaft nach einem im Statut näher vorgesehenen Maßstab zu verteilen." Da das Unternehmen somit weder über Kapital noch Zinsen verfügen darf, und da das Kapital bei der Auflösung nicht an das Unternehmen fällt, so gehört es tatsächlich und wirtschaftlich nicht mehr zum Vermögen der Bank. Daß dritten Personen gegenüber der Vorstand der Bank mangels juristischer Persönlichkeit der Kasse zur Geltendmachung der Eigentümerrechte an den Wertpapieren legitimiert ist, ändert an dem Verhältnis nichts.[60])

In einem im Jahre 1906 erstatteten Gutachten hat das Aufsichtsamt[61]) Merkmale für das Vorliegen der rechtlichen Selbständigkeit einer Kasse, die die Rechtsfähigkeit nicht besaß, aufgestellt. Diese Kasse hatte eigene Organe, auf deren Zusammensetzung die Firma allerdings einen maßgebenden Einfluß ausübte. Im Kassenstatut war bestimmt, daß die Kasse bezüglich sämtlicher Einnahmen und Ausgaben zu der Firma in einem Kontokurrentverhältnis stehe und die Verzinsung des jeweiligen Guthabens zu dem vom Verwaltungsrat der Firma alljährlich zu bestimmenden Zinsfuße erfolge. Das Vermögen der Kasse lief in der Bilanz der Firma auf der Aktivseite, ohne besonders als Vermögen der Kasse bezeichnet zu sein, unter den Kapitalanlagen der Firma, auf der Passivseite dagegen war es unter den sonstigen Passiven als „Guthaben der Beamtenpensionskasse" mit dem zahlenmäßigen Betrage besonders ausgewiesen. Das Aufsichtsamt hat ausgesprochen, daß die Kasse allerdings als eine selbständige private Versicherungsunternehmung anzusehen sei und als solche auch von dem Aufsichtsamt beaufsichtigt werde. Die Kasse besitzt zwar die Rechtsfähigkeit nicht, da sie aber die Pensionsversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreibt und ihre Rechtsform diejenige eines nicht rechtsfähigen Vereins ist, so finden auf sie gemäß § 54 BGB. die Vorschriften über die Gesellschaft Anwendung. Das Aufsichtsamt ist der Ansicht, daß das Vermögen der Kasse schon jetzt ein von dem Vermögen der Firma getrenntes selbständiges Vermögen ist. Es wacht pflichtgemäß darüber, daß es nicht für Zwecke verwendet wird, welche das Kassenstatut nicht vorsieht. Das Aufsichtsamt stützt seine Ansicht namentlich mit dem Hinweis, daß nach dem Statut das Kassenvermögen selbst für den Fall der Auflösung der Kasse der Verfügung der Firma entzogen ist; denn im Falle der Liquidation sind aus dem vorhandenen Vermögen zunächst die vor dem 1. Juli 1896 anerkannten Pensionsansprüche sicherzustellen, und dann ist der etwa noch verbleibende Überschuß unter die anderen Pensionäre sowie die außer der Karenzzeit stehenden Mitglieder zu verteilen. Wenn auch — so führt das Aufsichtsamt aus — die Kasse nach außen hin gemäß ausdrücklicher Bestimmung des Statuts durch

[60]) Vgl. namentlich auch das Urteil des Gewerbegerichts Berlin vom 28. Mai 1903, Reichsarbeitsblatt, 1. Jahrg. S. 497 ff.

[61]) „Veröffentlichungen", 6. Jahrg. S. 71 ff.

die Direktion der Firma vertreten werde, so seien doch durch andere Bestimmungen des Statuts dem in der Hauptsache aus Mitgliedern der Kasse bestehenden Vorstand so wesentliche Befugnisse vermögensrechtlicher Art zugewiesen, daß auch hier die rechtliche Selbständigkeit der Kasse zum Ausdruck gebracht werde. Dazu komme noch, daß Änderungen des Statuts nicht einseitig von der Firma vorgenommen werden könnten, sondern der Zustimmung von mindestens zwei Dritteilen der in der Generalversammlung der Kassenmitglieder vertretenen Stimmen bedürften. Aus dem Umstande, daß sich die Firma einen bedeutsamen Einfluß auf die Geschäftsführung der Kasse und die Zusammensetzung ihrer Organe durch das Statut habe einräumen lassen, könne nicht gefolgert werden, daß die Kasse gegenüber der Firma der rechtlichen Selbständigkeit entbehre. Dieser Einfluß müsse der Firma aus dem Grunde zugestanden werden, weil sie der Kasse alljährlich erhebliche finanzielle Zuwendungen mache. Ähnliche Bestimmungen fänden sich auch in den vom Aufsichtsamt genehmigten Satzungen rechtsfähiger Betriebspensionskassen. Das Oberverwaltungsgericht ist der Ansicht beigetreten, daß diese Pensionskasse ein zwar nicht rechtsfähiger, aber selbständiger Verein sei, auf den die Vorschriften des BGB. über die Gesellschaft Anwendung fänden, und daß demgemäß auch das Vereinsvermögen steuerrechtlich nicht als Vermögen der Firma behandelt werden könne.

C. Die Werkpensionskassen als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit.

1. Die Bedeutung dieser Rechtsnatur der Kassen im allgemeinen.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich einmal, daß der wirtschaftliche Begriff einer Werkpensionskasse viel weiter geht als der rechtliche; daß man von einer Werkpensionskasse im Rechtssinne nur dann sprechen kann, wenn ein Gemeinschaftsverhältnis der Arbeitnehmer im Hinblick auf die Wohlfahrtseinrichtung anzunehmen ist.[62]) Anderseits ist für das Vorliegen einer solchen Kasse nicht unbedingt erforderlich, daß sie Eigentümerin des Kassenfonds ist. Im Regelfalle wird jedoch ein solches Eigentumsrecht der Kasse an dem Fonds anzunehmen sein.[63])

Allen diesen Werkpensionskassen im Rechtssinne ist gemeinsam, daß sie die Versicherung ihrer Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben. Nun ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ein Verein, bei welchem jedes Mitglied als solches in einem Versicherungsverhältnis zu dem Verein steht.[64]) Es ist mithin nicht zweifelhaft, daß eine Werkpensionskasse, auf die die geschilderten Voraussetzungen des Vorliegens eines Gemeinschaftsverhältnisses der

---

[62]) S. 332 ff.

[63]) Den Gegenstand der folgenden Darlegung bilden nur die Werkpensionskassen im Rechtssinne mit vermögensrechtlicher Selbständigkeit.

[64]) *Ehrenberg,* Versicherungsrecht, a. a. O. S. 103.

Versicherten und der rechtlichen Selbständigkeit zutreffen, sich als ein solcher Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit darstellt.

Damit ergibt sich für die Rechtsstellung der Mitglieder bei der Kassenauflösung *eine* gemeinsame Beurteilungsgrundlage. Dagegen ist die scharfe rechtliche Kodifikation, die die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit erst in dem § 15 ff. des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (in Kraft seit dem 1. Januar 1902) gefunden haben, nicht für alle Werkpensionskassen, jedenfalls grundsätzlich nicht für die vor seinem Inkrafttreten schon bestehenden, nicht rechtsfähigen Kassen,[65]) zu verwerten. Immerhin kann diese Kodifikation im Hinblick auf das hier zur Erörterung stehende Problem höchstens eine Erweiterung und Präzisierung, kaum aber eine Verschiebung der anzuwendenden Rechtssätze herbeiführen. Diese ergeben sich eben aus der Rechtsnatur der Kasse als eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

Zur begrifflichen Voraussetzung des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit gehört zunächst, daß ein Versicherungsverhältnis jedes Vereinsmitglied mit dem Verein verbindet. Die Vereinsmitglieder als solche stehen in diesem Verhältnis, d. h. die Mitgliedschaft hat das Versicherungsverhältnis zur notwendigen Voraussetzung. Sicher ist, daß unter den einzelnen Mitgliedern als solchen ein Rechtsverhältnis nicht besteht. Kein Mitglied kann mit der actio pro socio ein anderes Mitglied zur Erfüllung seiner Verpflichtungen anhalten oder sonst eigene Rechte gegen dasselbe geltend machen. Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ist also zweifellos keine Sozietät.[66]) Sicher ist ferner, daß während des Bestehens des Gegenseitigkeitsvereins kein Mitglied Anspruch auf einen verhältnismäßigen Anteil am Vereinsvermögen (Reservefonds) hat, daß es beim Ausscheiden schlechterdings kein Anrecht an diesem Vermögen behält und daß es kein Kündigungsrecht hat, um den Verein zur Auflösung zu bringen. Soweit demnach der Wille der Mitglieder in Frage kommt, ist zweifellos die Errichtung eines selbständigen Vereinsvermögens beabsichtigt.

Bei der Suche nach Rechtsinstituten, in die derartig organisierte Gebilde hineinpassen, wird man das gemeine Recht ebenso wie das moderne bürgerliche Recht berücksichtigen müssen.[67])

---

[65]) Siehe über die Regelung des Rechts der Gegenseitigkeitsgesellschaften vor 1902 *Ehrenberg*, a. a. O., Anm. 1 S. 103, *Rehm*, Komm., Anm. 1 zu § 15.

[66]) *Ehrenberg*, a. a. O., S. 104, 105.

[67]) Eine große Zahl von Werkpensionskassen hat schon vor dem Inkrafttreten des BGB. bestanden. Wie die überwiegende Praxis annimmt, sind deren Rechtsverhältnisse, jedenfalls die inneren Rechtsverhältnisse, nach dem früheren Recht zu beurteilen. (Siehe darüber *Manes*, Anm. 3 zu § 103 und die dort verzeichnete Literatur.) Die nach Inkrafttreten des BGB. gegründeten Kassen ohne Rechtsfähigkeit tragen den Rechtscharakter des nicht rechtsfähigen Vereins (§ 54 BGB.). In der Literatur (vgl. Götze, a. a. O. S. 43) und ebenso in den Äußerungen des Aufsichtsamts wird die Bedeutung des Errichtungszeitpunktes eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit für den ihm zuzusprechenden Gemeinschaftstyp, namentlich für die Anwendung des bürgerlichen Rechts auf ihn, nicht hin-



Für das gemeine Recht ist aus der Art der Willensrichtung der Mitglieder das Vorliegen einer Korporation[68]) anzunehmen. Deshalb ist es unbedenklich, die internen Wirkungen der Korporationseigenschaft, nämlich die für das Verhältnis des Vereins zu seinen Mitgliedern, ausschließlich von deren Willen abhängig zu machen. Für die in dieser Untersuchung hauptsächlich zu behandelnden Fragen steht mithin fest, daß sie unter dem Gesichtspunkt zu beurteilen sind, daß der Werkpensionskasse der Korporationscharakter beizumessen ist. Ob dieser Wille der Mitglieder auch die Kraft hat, einem Verein volle Korporationseigenschaft, d. h. Rechtsfähigkeit mit Wirkung gegen Dritte zu verleihen, hängt von der Art der Beantwortung der Streitfrage ab, ob für das gemeine Recht das System der freien Körperschaftsbildung oder das Konzessionssystem galt. Man wird der Meinung sein müssen, daß im Gebiete des gemeinen Rechts der vollständige Korporationscharakter nur durch ausdrückliche staatliche Verleihung erworben werden konnte.[69]) Auch ist nicht anzunehmen, daß in der Bezeichnung als „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" ein kraft positiven Rechtssatzes nicht mißverständliches Kriterium für den vollständigen Korporationscharakter gefunden werden könnte. Somit hat man die Werkpensionskassen alten Rechts, wenn ihnen, was in der Regel der Fall war, der Korporationscharakter nicht ausdrücklich verliehen war,[70]) als Vereine anzusehen, die sich im Hinblick auf ihr Verhältnis zu ihren Mitgliedern als vollständige Korporationen darstellen, und die Dritten gegenüber zwar nicht als Sozietäten aufzufassen sind, weil kein Rechtsverhältnis zwischen den einzelnen Mitgliedern besteht, die aber aus den eben angeführten Gründen auch nicht Korporationen sind. Deshalb haftet nicht ausschließlich das Vereinsvermögen den Gläubigern des Vereins.[71])

Für die nach dem Inkrafttreten des BGB., aber vor dem des Versicherungsaufsichtsgesetzes ins Leben getretenen Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ergibt sich aus den oben dargelegten Gesichts-

---

reichend beachtet. Beispielsweise erklärt das Aufsichtsamt in den „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 67, ganz allgemein, daß „bei nicht rechtsfähigen Vereinen gemäß § 54 BGB. die Vorschriften über die Gesellschaft Anwendung finden."

[68]) Ehrenberg, a. a. O. S. 105.

[69]) So auch *Ehrenberg*, a. a. O. S. 107. Dies galt auch für die preußischen Gebiete des allgemeinen Landrechts und des französischen Rechts, mithin im gesamten preußischen Staate.

[70]) Siehe Anm. 15 bei *Ehrenberg*, a. a. O. S. 107: „Auch in England werden die kleinen sog. friendly societies (meist Sterbe-, Kranken-Unterstützungskassen) streng von den großen Mutual Companies unterschieden."

[71]) *Ehrenberg*, a. a. O. S. 108 Anm. 17: „Daß die Gegenseitigkeitsgesellschaften ›nach Innen‹ als Korporationen zu betrachten sind, inbesondere also im Sinne des Preuß. Allg. L. R. II, 6 § 14, ist vom ROHG. 10. XII. 1872 (VIII S. 184) und 17. IX. 1875 (XVIII Nr. 102) wiederholt ausgesprochen. Vgl. auch *Förster-Eccius*, Preuß. Privatrecht II, S. 411. Meistens war der Grund ihrer Anerkennung als ›Korporation‹ die auch von mir anerkannte Notwendigkeit, ihnen aktive und passive Prozeßfähigkeit zu verleihen. So auch ROHG., 13. IV. 1875 (XVIII Nr. 22) und das grundlegende Erkenntnis, 1. XII. 1871 (IV Nr. 22), an welches *Gierke*, Genossenschaftstheorie und Rechtsprechung, S. 71 ff., anknüpft."

punkten, daß sie, falls sie die Rechtsfähigkeit nicht besitzen,[72]) als nicht rechtsfähige Vereine im Sinne des § 54 BGB. aufzufassen sind.

Auf Grund des § 4 des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen bedürfen „Versicherungsunternehmungen" zum Geschäftsbetriebe der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde.[73]) § 6 desselben Gesetzes bestimmt für jede Art der Lebensversicherung (einschließlich Invaliditäts-, Alters-, Witwen- und Waisenversorgung), daß zum Betriebe nur Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit in Frage kommen,[74]) und daß die Erlaubnis Per-

[72]) *Rehm,* Komm., Anm. 1 zu § 3: „Meist sind es ..... Pensionskassen von Einzelfirmen." — Kassen, die vor Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes bereits die Rechtsfähigkeit besaßen (vgl. darüber *Knebel-Döberitz,* Komm., Anm. 51 zu § 15), unterliegen nach § 101 dieses Gesetzes auch seinen Vorschriften über die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (Abschnitt III) mit Ausnahme derjenigen über die Bildung eines Gründungs- und eines Reservefonds. — Besitzen die Kassen die Rechtsfähigkeit nicht, so finden nach § 103 VAG. die Vorschriften des Abschnitts III (Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit) auf sie keine Anwendung; d. h. von selbst gelten diese Bestimmungen nicht. Der Aufsicht nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes sind auch diese Kassen unterstellt. Dies ergibt sich aus zahlreichen Bestimmungen des Gesetzes (z. B. § 1, §§ 54 ff., §§ 64 ff.) und besonders deutlich aus § 103. Auch ist das Gesetz von jeher ohne nennenswerten Einspruch in dieser Weise gehandhabt worden. Zweifelhaft kann nur bei einzelnen Vorschriften des Gesetzes sein, ob sie lediglich auf Versicherungsvereine im Sinne der §§ 15 ff. oder schlechthin auf alle Vereine Anwendung finden, welche die Versicherung ihrer Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben. In dieser Beziehung sind die Bestimmungen daraufhin zu prüfen, ob sie dem Gedanken der staatlichen Beaufsichtigung oder dem der Regelung der Verfassung der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit erwachsen sind. („Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 113, *Rehm,* Komm., Anm. 2 zu § 103.) — Dem Abschnitt III unterliegen ferner nicht die folgenden privaten Vereinigungen, obwohl sie die Versicherung ihrer Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben: 1. Eingetragene Genossenschaften (§ 102 Abs. 1), 2. nach dem sächs. Gesetz vom 15. Juni 1868 eingetragene Vereine (§ 102 Abs. 2), 3. Innungs-, Knappschafts- und eingetragene Hilfskassen (§ 122). — Abschnitt III kommt für Kassen, die nicht rechtsfähige Vereine sind, nur dann in Betracht, wenn diese Vereine von der zuständigen Aufsichtsbehörde aufgefordert werden, ihre Zulassung gemäß den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes nachzusuchen (§ 103 Satz 2 VAG.). Diese Vereine werden alsdann als neue Versicherungsvereine in allen Beziehungen behandelt. Zu dieser Aufforderung ist die Aufsichtsbehörde zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet (§ 103 Satz 2). Kommt ein Verein einer solchen Aufforderung nicht nach, so ist die Aufsichtsbehörde befugt, ihm den weiteren Geschäftsbetrieb zu untersagen (§ 103 Satz 3 VAG.). Die Wirkung der Untersuchung ist dann die Auflösung. § 67 Abs. 3 VAG.; § 730 BGB. *Rehm,* Komm., Anm. 5 zu § 103, Anm. 22 zu § 67.

[73]) Zuständige Behörde ist nach § 2 (siehe auch § 3) VAG. das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung (§§ 70 ff. VAG.), wenn nach dem Geschäftsplan der Betrieb über das Gebiet eines Bundesstaates hinausgeht. Anderenfalls sind die Behörden des betr. Bundesstaates ausschließlich zur Erteilung der Zulassung berufen. Das letztere wird für Pensionskassen grundsätzlich der Fall sein.

[74]) „Bisher schon erfolgte der Betrieb der genannten Versicherungszweige mit wenigen Ausnahmen (z. B. unselbständige Pensionskassen gewerblicher Unternehmungen) nur in diesen beiden Formen." (*Rehm,* Komm., Anm. 10 zu § 6 VAG.)

sonenvereinigungen, welche die Versicherung ihrer Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben wollen, nur erteilt werden darf, wenn diese Vereinigungen in der Form von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit im Sinne des Abschnitts III (§ 15 ff.) des Versicherungsaufsichtsgesetzes errichtet werden.[75]) Damit ist für die Gegenseitigkeitsvereine ein besonderer Rechtstyp, eben der des „Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit" geschaffen.

Werkpensionskassen, die nach dem Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes errichtet worden sind, können nach § 6 VAG. nur die Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit im Sinne des § 15 VAG. haben, vorausgesetzt, daß sie sich als Versicherungsunternehmung im Sinne des § 1 VAG. darstellen. Nach ihm kommen nur solche Privatunternehmungen als Versicherungsunternehmungen in Betracht, die den Berechtigten einen Rechtsanspruch einräumen.[76])

Was nun den Begriff der „Versicherungsunternehmung" im Hinblick auf die Werkpensionskassen anlangt, so hat das Aufsichtsamt zunächst mit Recht ausgeführt,[77]) daß der „Betrieb von Versicherungsgeschäften" auch da vorliegt, wo der Kreis der Personen, für die die Einrichtungen des Unternehmens bestimmt sind, nach der Zugehörigkeit zum Arbeitspersonal eines bestimmten Gewerbebetriebes fest umgrenzt ist. Nur eine Leistung des Versicherungsnehmers ist erforderlich.[78])

Für das Aufsichtsamt ist jedoch der Begriff der Versicherungsunternehmung im Sinne von § 1 VAG. nur dann gegeben, wenn ihre Zwecke durch ein von dem Hauptbetriebe getrenntes selbständiges Rechtssubjekt mit eigenem Sondervermögen erfüllt werden, und wenn ferner die Betriebsangestellten die Mittel der Kasse zu einem wesentlichen Teile aufbringen.[79]) Das Aufsichtsamt verneint also für den Fall, daß „als Träger der Fürsorgeeinrichtung lediglich das Hauptunternehmen mit seinem Vermögen zu gelten hat", das Vorliegen eines nach Maßgabe des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu beaufsichtigenden Unternehmens (Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit) und nimmt nur eine „besondere Ausgestaltung des Arbeits- und Dienstvertrages" an.

Nach dieser Auffassung ist also auch heute noch, wenn wohl auch nur theoretisch, die Errichtung von Werkpensionskassen, die sich nicht als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinne des § 15 ff. VAG. darstellen, eben in der Form der „internen Betriebs-

---

[75]) Über andere Vereinigungsformen siehe *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 6 VAG.

[76]) § 1 Abs. 2 beabsichtigt nicht, Unternehmungen, die an sich Versicherungsgeschäfte betreiben und unter § 1 Abs. 1 fallen würden, von der Aufsicht zu befreien, sondern gibt nur in erläuternder Weise eine Begriffsbestimmung, nach der gewisse Unternehmungen nicht unter den Begriff des V. U. nach § 1 Abs. 1 fallen. Siehe auch *Manes*, Komm., Anm. 7 zu § 1.

[77]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 103; OLG. Posen, 2. März 1904, abgedr. in „Veröffentlichungen, Anhang", 4. Jahrg. S. 86.

[78]) *Manes*, Komm., Anm. 4, 1 zu § 1; Dr. *Recke* in „P. u. R.", S. 8.

[79]) „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 104.



einrichtung" möglich.[80]) Es dürfte sich deshalb für das Aufsichtsamt empfehlen, eine Erweiterung des Begriffes der Versicherungsunternehmung vorzunehmen,[81]) wie es *Rehm*[82]) tut und wie sie hier gutgeheißen wird. Danach ist es für das Vorliegen der Begriffsmerkmale der Versicherungsunternehmung gleichgültig, ob eine Werkpensionskasse mit Arbeitgeberbeiträgen rechtliche Selbständigkeit besitzt oder eine unselbständige Einrichtung des Unternehmens darstellt; denn daß die Beitragspflicht eine Nebenpflicht des Dienstvertrages darstellt, macht die Risikoübernahme[83]) noch nicht zu einem unselbständigen Geschäft. Dann ist aber die Neuerrichtung von Pensionskassen gewerblicher Unternehmungen in der Form, daß der Inhaber (Arbeitgeber) der Versicherer ist, seit dem 1. Januar 1902 nicht mehr statthaft.[84]) Das Aufsichtsamt müßte sich dieser Interpretation des Begriffs der Versicherungsunternehmung anschließen, um der Möglichkeit vorzubeugen, daß Werkpensionskassen mit Arbeitgeberbeiträgen auch fernerhin noch in anderer Rechtsform als der des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit im Sinne des Versicherungsaufsichtsgesetzes errichtet werden können.

Weiter ist die Zusage eines Rechtsanspruchs begriffliche Voraussetzung des Inhalts von Versicherungsgeschäften im Sinne des Gesetzes. Wo dieser ausdrücklich durch statutarische Bestimmung der betreffenden Kasse nicht anerkannt wird, liegt er nach der Ansicht des Aufsichtsamts[85]) im allgemeinen nach dem Sinne des Gesetzes doch vor, sobald die Versicherten durch eigene Beiträge die Gegenleistung erkaufen.[86])

Damit ist evident, daß Werkpensionskassen mit Arbeitnehmerbeiträgen, die nach dem Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes ins Leben getreten sind, im Regelfalle nur als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinne des § 15 ff. VAG. bestehen können.

Von diesen letzteren sind die „kleineren Vereine" eine Unterart, die dann vorliegt, wenn diese Vereine bestimmungsgemäß einen sachlich, örtlich oder hinsichtlich des Personenkreises eng begrenzten Wirkungskreis haben und von der Aufsichtsbehörde als „kleinere Vereine" anerkannt sind; auf diese finden nur gewisse Vorschriften des Abschnittes III, im übrigen die §§ 24 bis 53 BGB. (§ 53 VAG.)

---

[80]) Nicht zutreffend ist die Ansicht *Zimmers* („P. u. R.", S. 230), daß für Kassen mit Arbeitgeberbeiträgen Gründung besonderer Rechtssubjekte (Stiftungen oder Pensionsvereine) stets erforderlich sei und daß sie deshalb aufsichtspflichtig seien. Siehe darüber *Dilloo*, § 130 S. 119.

[81]) Nach der heutigen Auffassung des Aufsichtsamts würden solche Kassen nicht einmal der Aufsicht unterliegen, weil sie nicht Versicherungsunternehmungen im Sinne des Gesetzes sind.

[82]) Komm., Anm. 4 zu § 1.

[83]) Im ersteren Falle ist Versicherer ein rechtsfähiger oder nicht rechtsfähiger Verein der Versicherten, im letzteren der Unternehmer oder eine Vereinigung solcher oder von Unternehmervereinen.

[84]) So auch *Rehm*, Komm., Anm. 11 zu § 6.

[85]) *Dilloo*, a. a. O. § 130 S. 119.

[86]) *Bischoff* in „P. u. R.", S. 213. Siehe auch S. 327 ff.

Anwendung. Nach der preußischen Ausführungsanweisung zum Versicherungsaufsichtsgesetz vom 4. Mai 1902[87]) sind im allgemeinen als kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit solche Versicherungsunternehmungen anzusehen, die nicht im großen Verkehr stehen, deren Geschäftsbetrieb sich in einfachen Formen bewegt, und deren Mitglieder auf bestimmte enge Berufszweige beschränkt sind und größtenteils in nachbarlich-persönlichen Beziehungen zueinander stehen.[88])

Demnach ergibt sich weiter, daß die nach dem Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes errichteten Werkpensionskassen, falls sie sich als Versicherungsunternehmungen im Sinne dieses Gesetzes darstellen, nur in der Form des „kleineren Vereins" nach § 53 VAG. betrieben werden können.[89])

Grundsätzlich werden auch auf die kleineren Vereine die Vorschriften des ganzen Gesetzes zur Anwendung gebracht. Sie unterliegen insbesondere gleichfalls dem Zulassungszwang und erlangen durch die Zulassung die Rechtsfähigkeit.[90]) Die Hauptwirkung der Rechtsfähigkeit ist, daß die Versicherten und alle Versicherungsgläubiger einen Rechtsanspruch nur gegen den Verein besitzen.[91]) Eine Abweichung greift jedoch für sie hinsichtlich des Abschnitts III insoweit Platz, als sich dies aus dem § 53 ergibt. Ihm liegt der Gedanke zugrunde, daß bei den kleineren Vereinen der Vereins- den Kapitalgesellschaftscharakter überwiegt. Deshalb werden diese Vereine nicht dem Handelsrecht unterstellt. Im allgemeinen genügt für sie das Vereinsrecht des BGB., das ja für alle, auch die einfachsten Organisationsverhältnisse bestimmt ist. Jedoch muß die Anwendung der Vorschriften des BGB. soweit hinter die des Versicherungsaufsichtsgesetzes zurücktreten, als der Charakter als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit dies erfordert. Die Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen überhaupt geht zu einem großen Teil wieder dem nach, was die Satzung bestimmt.

Was den allgemeinen Rechtscharakter der Vorschriften des Aufsichtsgesetzes über die „Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit" (§§ 15 bis 53) anlangt, so enthält der ganze Abschnitt Versicherungsprivatrecht.[92]) Diese Auffassung ist nicht unbestritten. Gegen sie hat man vorgebracht, das Gesetz habe einen lediglich öffentlich-rechtlichen

---

[87]) Ministerialblatt des Innern, S. 88.

[88]) Über die Rechtsprechung des APV. siehe „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 118 und 5. Jahrg. S. 29. Letztere Entscheidung hält *Rehm* (Komm., Anm. 16 zu § 53) für unzutreffend.

[89]) So auch *Laporte*, a. a. O. S. 58, *Ehrenberg*, Arbeiterpensionskassen und Arbeitsvertrag, a. a. O. S. 69, *Götze*, a. a. O. S. 38. Zu vergleichen auch *Dilloo*, a. a. O. § 27 S. 23.

[90]) § 53 in Verbindung mit § 15 VAG. Jedoch können solchen „kleineren Vereinen" hinsichtlich der Zulassung und Geschäftsführung Erleichterungen gestattet werden (§ 124 VAG.).

[91]) *Rehm*, Komm., Anm. 11 zu § 16.

[92]) *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 15 VAG. Das Versicherungsvertragsgesetz vom 30. Mai 1908 findet auf Werkpensionskassen keine Anwendung. Siehe darüber Komm. zu diesem Gesetz von *Manes* u. Gen. (Berlin, 1908, E. S. Mittler & Sohn) S. 773.

Charakter. Man hat gesagt, die Vorschriften des III. Abschnitts des Gesetzes (§§ 15 bis 53) enthielten nur die Voraussetzungen, unter denen die Aufsichtsbehörden einen Gegenseitigkeitsverein konzessionieren oder Beschlüssen seiner Organe zustimmen könnten, sie berührten aber nicht die privatrechtlichen Verhältnisse der Mitglieder. Das trifft nicht zu. Im Gegenteil steht gerade bei dem sich auf die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit beziehenden III. Abschnitt des Versicherungsaufsichtsgesetzes die privatrechtliche Bedeutung der Vorschriften im Vordergrund.[93]) Die Regelung der Gegenseitigkeitsvereine entspricht durchaus der bei anderen Vereinen üblichen, ja sie erfolgt zum großen Teil durch bloße Verweisung auf andere privatrechtliche Gesetze, z. B. das BGB. Die zahlreichen zwingenden Vorschriften, welche alle der willkürlichen Änderung durch die Satzung entzogen sind (§§ 19, 20 Satz 2 und 3, 21, 26, 30, 31, 32), können unmöglich als Dienstinstruktionen für die Aufsichtsbehörden betrachtet werden. Viele Rechtssätze (zwingende und nichtzwingende) enthalten augenscheinlich Gebote oder Verbote, die nur an die Mitglieder oder an die Gesellschaft oder deren Organe gerichtet sind, als Dienstinstruktionen für die Aufsichtsbehörden aber gar keinen Sinn hätten. Auch werden den Mitgliedern ausdrücklich Rechte zugebilligt und Pflichten auferlegt. „Was hat", fragt *Ehrenberg* mit Recht, „die Aufsichtsbehörde mit solchen Vorschriften zu tun?"

2. Die Rechtsstellung der Mitglieder zur Kasse im besonderen.[94])

Für die Art der Rechtsstellung der Kassenmitglieder gegenüber der Kasse ist der Charakter der Kasse als eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit von ausschlaggebender Bedeutung. Demgegenüber ist die Tatsache, daß keineswegs alle Kassen dem im III. Abschnitt des Versicherungsaufsichtsgesetzes erst geschaffenen Vereinstyp des „Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit" unterliegen, nur sekundär zu werten. Dies bei der hier vorliegenden Untersuchung um so mehr, als für sie der Umstand kaum ins Gewicht fällt, daß die diesem Rechtstyp nicht unterstehenden Kassen die Rechtsfähigkeit nicht besitzen; denn diese mangelnde Rechtsfähigkeit kommt namentlich für das Rechtsverhältnis der Kasse zu dritten Personen in Betracht. Umgekehrt sind viele der im Versicherungsaufsichtsgesetz für den „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" aufgestellten Grundsätze deshalb, weil sie diesem Vereinstyp gemäß sind, auch auf diejenigen Gegenseitigkeitsvereine anzuwenden, die, wie zahlreiche Kassen, solche Vereine im Sinne des Abschnittes III des Versicherungsaufsichtsgesetzes nicht sind.

Als „Verein" ist nun der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit abgegrenzt einerseits von der öffentlichen Anstalt, anderseits von der

---

[93]) So auch *Ehrenberg*, Die Abtretung des Portefeuilles, a. a. O. S. 36, *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 15.

[94]) Vgl. namentlich *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 128 bis 140, *Sievers*, Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, a. a. O. S. 565 bis 581.

Rechtsform der Gesellschaft. Gerade das Rechtsgebilde des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit seinem unverkennbaren korporativen Charakter hat den engen Rahmen des preußischen Landrechts und der in römisch-rechtlichen Begriffen befangenen gemeinrechtlichen Auffassung gesprengt und zu der Erkenntnis beigetragen, daß für diese Rechtsgebilde die dem römischen Recht entnommene Gestaltung der societas nicht ausreichte. Man konnte den wesentlich korporativen Charakter dieser Bildungen, die Vereinigung des privaten Vorteils der Mitglieder und des öffentlichen Wohls im Zwecke, das Fehlen des Erwerbszwecks, nicht übersehen und hielt sich daher an ein deutsches Gewohnheitsrecht zum Zwecke der Konstruktion einer körperschaftlich gestalteten Personengemeinschaft. Auch für die nicht rechtsfähigen Kassen steht der Vereinscharakter fest. Sie sind als nicht rechtsfähige *Vereine zu* beurteilen, während auf die rechtsfähigen Kassen[95]) zahlreiche Bestimmungen des BGB. über die rechtsfähigen Vereine Anwendung finden.

Die juristische Natur des Verhältnisses der Mitglieder zum Verein ist außerordentlich bestritten. Man streitet darüber, ob das Versicherungsverhältnis rein als Mitgliedschaftsverhältnis und die Versicherungsrechte und -pflichten nur als Ausflüsse der Mitgliedschaft anzusehen sind, oder ob die Versicherungswirkungen als selbständiges Vertragsverhältnis aus der Mitgliedschaft auszulösen und nicht anders zu beurteilen sind wie jeder andere Versicherungsvertrag mit einer auf Gewinn ausgehenden Gesellschaft.[96])

In Übereinstimmung mit der langjährigen Judikatur des Reichsgerichts[97]) ist anzunehmen, daß der bei einem Gegenseitigkeitsverein Versicherte nicht mit diesem zwei Verträge, einen Versicherungsvertrag und einen zweiten Vertrag über seinen Beitritt zum Verein abschließt, sondern daß der Eintretende als Mitglied versichert ist. Juristisch angesehen, begründet der Erwerb der Mitgliedschaft das Versicherungsverhältnis. Das Versicherungsrecht ist hier Vereins- und nicht Vertragsrecht. Die etwa getrennt vorhandenen allgemeinen „Versicherungsbedingungen" besitzen für die Mitglieder materiell die rechtliche Natur der Vereinssatzung, da bei ihnen ja das Versicherungsverhältnis ein Bestandteil des Mitgliedschaftsverhältnisses ist. Sie sind also nicht bloß Versicherungsvertrags-, sondern auch Korporationsbestimmungen. Das hat zur Folge, daß über Mitgliederansprüche hier nach der Satzung Mehrheitsbeschlüsse entscheiden.[98])

---

[95]) Als „kleinere Vereine" im Sinne des § 53 VAG.

[96]) Siehe hierüber *Ehrenberg,* Versicherungsrecht, a. a. O. S. 138 ff. und Anmerkungen Nr. 26, 27. Die Annahme des Vorliegens eines selbständigen Versicherungsvertrags neben dem Mitgliedschaftsvertrag birgt notwendig als Konsequenz eine Erweiterung der Mitgliedersonderrechte in sich, die die dieser Annahme beiflichtende Judikatur veranlaßte, alle einschlägigen Satzungsbestimmungen als unabänderliche Sonderrechte anzusehen, während das Versicherungsaufsichtsgesetz in Anlehnung an die Theorie des überragenden Mitgliedschaftsverhältnisses ausdrücklich die Einwirkung von Satzungsänderungen auf das Versicherungsverhältnis anerkennt (§ 43 VAG.).

[97]) RGZ. Bd. III S. 385, IV. S. 394.

[98]) *Rehm,* Komm., Anm. 2 zu § 20 und Anm. 18 zu § 4.

Die Annahme des Vorliegens zweier selbständiger Verträge muß schon ihrer Konsequenz wegen abgelehnt werden. Diese Konsequenz muß nämlich dahin führen, daß das Mitglied, soweit es sich um dessen Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis handelt, dem Verein nicht anders gegenübersteht wie jeder dritte Gläubiger.[99]) Es müßte ihm also beispielsweise gestattet sein, seine Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis gegen seine Leistungen aus dem Mitgliedschaftsverhältnis aufzurechnen.[100]) Dem steht aber der Grundsatz von der Gleichheit der Rechte und Pflichten der Mitglieder und überhaupt die rechtliche Natur der Stellung des Mitgliedes eines Gegenseitigkeitsvereins entgegen;[101]) denn diese verlangt, daß die Mitglieder wegen ihrer Ansprüche an den Verein erst dann Befriedigung zu erwarten haben, wenn sie ihre Mitgliedspflichten erfüllt haben. In Anlehnung an die Rechtssprechung und die herrschende Lehre schließt sich auch das Versicherungsaufsichtsgesetz[102]) der Meinung an, daß Mitgliedschaft und Versicherungsverhältnis durch einen einheitlichen Akt entstehen, sich gegenseitig bedingen und Versicherungsrechte wie -pflichten nur Ausflüsse der Mitgliedschaft darstellen.

Daher haben die Leistungen der Versicherten an die Kasse (Prämien, Nachschüsse usw.) die rechtliche Natur des Einschusses in den Verein, der Beitragsleistung. Dieser Rechtslage trägt das Versicherungsaufsichtsgesetz insofern Rechnung, als es in § 21 die Leistungen der Versicherten an den Verein als „Beiträge" charakterisiert und über die Beitragspflicht in den §§ 24 bis 26 nähere Bestimmungen gibt.[103])

Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit — und mithin auch die sich als ein solcher Versicherungsverein darstellende Pensions-

---

[99]) *Sievers*, a. a. O. S. 566.

[100]) Mit Recht lehnt *Ehrenberg*, a. a. O. S. 139, das Vorliegen eines solchen Rechtes ab. Ebenso RGZ. 20. V. 1884, S. 181, 182.

[101]) § 26 VAG., *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 26.

[102]) § 20 VAG. Vgl. *Könige*, Komm., Anm. 1 zu § 20; *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 20. Vgl. namentlich auch die „Begründung" zu § 20 a. a. O. S. 184 ff. Das Gesetz zieht auch die Folgerungen aus einer solchen Konstruktion, indem es nicht nur im § 26 bestimmt, daß das Mitglied gegen eine Forderung des Vereins aus der Beitragspflicht eine Aufrechnung nicht geltend machen kann, sondern auch im § 51 festlegt, daß es im Konkurs mit seinen Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis hinter den Ansprüchen sonstiger Konkursgläubiger, von den Garanten (§ 22) abgesehen, zurücksteht.

[103]) Allerdings gelten im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes diese Beiträge als Prämien (VVG. § 1 II). — Über die Nachteile des Umlageverfahrens siehe u. a. *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 24. Das Aufsichtsamt läßt bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, die z. B. infolge zunehmender Lebensjahre der Mitglieder mit steigendem Risiko zu rechnen haben (Pensionskassen), das Umlageverfahren nur zu, wenn infolge besonderer Verhältnisse (z. B. Beitrittszwang) regelmäßiger Zugang jüngerer Mitglieder und dadurch dauernder Ausgleich des Risikos mit Sicherheit erwartet werden kann. („Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 170.) Sonst verlangt es bestimmte, voraus zahlbare, nach dem Eintrittsalter abgestufte Beiträge, also Prämiensystem, und womöglich mit beschränkter Nachschußpflicht. („Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 98, 3. Jahrg. S. 84, 7. Jahrg. Anhang S. 8, 5. Jahrg. S. 69.)

kasse — geht nicht auf die Erzielung von Gewinn aus. Es liegt daher in der Natur der Sache, daß ein etwa erzielter Überschuß den Mitgliedern wieder zufließen muß. Demgemäß stellt § 38 VAG. den Grundsatz auf, daß ein nach der Bilanz sich ergebender Überschuß, soweit er nicht nach der Satzung dem Reservefonds oder anderen Rücklagen zuzuführen oder zur Verteilung von Tantiemen zu verwenden oder auf das nächste Geschäftsjahr zu übertragen ist, unter die in der Satzung bestimmten Mitglieder zur Verteilung kommt.[104])

Dem Rechte der Mitglieder auf anteilmäßige Beteiligung am Überschuß müßte eigentlich die Pflicht, den Fehlbetrag durch nachträgliche Zahlung zu decken, entsprechen.[105]) Nach § 24 VAG. ist jedoch unbeschränkte Nachschußpflicht nur anzunehmen, wenn sie nicht ausdrücklich durch die Satzung beseitigt oder eingeschränkt ist.[106]) Eine Beseitigung der Nachschußpflicht bedingt aber, daß bei Unzulänglichkeit der Prämieneinnahme und der sonst verfügbaren Mittel des Vereins eine verhältnismäßige Kürzung der Versicherungsansprüche eintritt.[107]) Diese Kürzung kann von der Satzung entweder in der Weise vorgesehen werden, daß die einzelnen Versicherungsansprüche der Höhe nach von der Höhe der verfügbaren Mittel abhängig gemacht, oder daß durch ein Vereinsorgan die an sich in voller Höhe begründeten Ansprüche nachträglich herabgesetzt werden.[108])

Nach § 24 Abs. 2 ist eine Beschränkung, wonach die Ausschreibung von Nachschüssen nur zum Zwecke der Deckung von Versicherungsansprüchen der Mitglieder stattfinden darf, unzulässig. Das

[104]) Der Anspruch auf Überschußanteil steht dem Versicherten als Mitglied, nicht als Versichertem zu. So *Rehm*, Komm., Anm. 6 zu § 24.

[105]) *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 24: „Nachschußpflicht, und zwar unbeschränkte, entspricht der Natur des VVaG. als Vereinigung auf Gegenseitigkeit." — Vgl. das Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe in *Seufferts* Archiv Bd. XXXIX Nr. 134. Der Anspruch auf Überschuß und die Pflicht zur Nachschußleistung ist ein Charakteristikum des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. RGZ. 13. XI. 1885, *Seufferts* Archiv Bd. 41 Nr. 208.

[106]) RGZ. Urteil v. 29. XII. 1903 in einem Rechtsstreite, auf den die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes keine Anwendung fanden (Bd. 56 S. 296). Siehe auch „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 117. *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 24.

[107]) „Begründung", a. a. O. S. 188. Ebenso *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, S. 131 ff. *Rehm*, Komm., Anm. 4 b zu § 21, der ausdrücklich betont, daß diese Pflicht des Mitgliedes, sich die Ansprüche kürzen zu lassen, keine Folge der unbeschränkten Haftung gegenüber dem Verein, sondern des Gegenseitigkeitsprinzips ist. Es gelte auch, wenn unbeschränkte Haftung ausgeschlossen sei.

[108]) *Könige*, Komm., Anm. 2 a zu § 27, *Ehrenberg*, a. a. O. S. 131. Eine solche Ergänzung des § 24 des Entwurfs forderte *Sievers* (a. a. O. S. 569) „im Interesse der Klarheit und Durchsichtigkeit des Gesetzes und um die Verschleierungen des Rechtsverhältnisses zwischen dem Verein und seinen Mitgliedern wirksam zu bekämpfen". *Rehm*, Komm., Anm. 1 zu § 24 folgert aus dem Wortlaut des § 24 VAG., daß es unstatthaft ist, daß einem Vereinsorgan überlassen wird, zu bestimmen, ob im einzelnen Jahresfalle Nachschuß, Ausschluß eines solchen, Kürzung oder Nichtkürzung der Versicherungsgelder erfolge.

ergibt sich daraus, daß die Versicherungsgläubiger als Mitglieder des Vereins für die Vereinsschulden haften und hinter den Ansprüchen der Drittgläubiger zurückstehen.[109])

Über den Maßstab, nach welchem die Beiträge, die Überschüsse und Nachschüsse unter die Mitglieder zu verteilen sind, gibt das Versicherungsaufsichtsgesetz keine Bestimmungen. Maßgebend ist nur die allgemeine Regel des § 21, daß die Beiträge der Mitglieder und die Leistungen des Vereins an die Mitglieder bei gleichen Voraussetzungen nach gleichen Grundsätzen bemessen sein müssen. Diese Vorschrift über die unverbrüchlich gleiche Behandlung ist, wie die „Begründung“[110]) hervorhebt, dem Wesen des Gegenseitigkeitsvereins entnommen und galt schon nach bisherigem Recht als ein durch Mehrheitsbeschlüsse unantastbares Sonderrecht jedes Mitgliedes.[111])

In dieser Beziehung ist es nun von Bedeutung, daß bei Werkpensionskassen das System der Durchschnittsbeiträge und Durchschnittsrenten sehr verbreitet ist.[112]) Nach diesem System ist der Beitrag für alle Mitglieder ungeachtet ihres Eintrittsalters der gleiche. Auch die Leistung der Kasse ist regelmäßig die gleiche für alle Mitglieder, zum Teil mit einer gewissen ziemlich rohen Abstufung nach der Dauer der Mitgliedschaft.

Es ist dem Aufsichtsamt[113]) in der Auffassung beizupflichten, daß diese Form der Beitrags- und Rentenberechnung sich als eine Verletzung des Grundsatzes der gleichen Behandlung aller Mitglieder darstellt.[114]) Ihre versicherungstechnische Unhaltbarkeit steht außer Frage.[115]) Unter Voraussetzung gleicher Kassenleistung für alle Mitglieder berechnet sich die zu erhebende Durchschnittsrente nach dem durchschnittlichen Beitrittsalter. Da die Prämie unter sonst gleichen Voraussetzungen um so niedriger bemessen werden kann, je weiter der wahrscheinliche Erfüllungstermin hinausliegt, je länger also die Beitragszahlung voraussichtlich dauert, zahlen diejenigen Mitglieder einer mit Durchschnittsbeiträgen arbeitenden Kasse, die das durchschnittliche Eintrittsalter bei ihrem Eintritt noch nicht erreicht haben, verhältnismäßig zu hohe, diejenigen, die in höherem Alter beitreten,

---

[109]) So §§ 50, 51 VAG.

[110]) a. a. O. Anm. zu § 21 S. 185.

[111]) RGZ. 5. VII. 1901 Bd. 49 S. 195. Abweichende Satzungsvorschriften sind also unzulässig; älteren Versicherungsverträgen, die etwa den Grundsatz ausschlössen, würde nur mit Hilfe der §§ 64, 67 entgegengetreten werden können. Komm.-Bericht a. a. O. S. 44; *Manes*, Komm., Anm. 2 zu § 21. Aufsichtsamt für Privatversicherung, „Veröffentlichungen“, 2. Jahrg. S. 97.

[112]) *Manes*, Komm., Anm. 5 zu § 1.

[113]) „Veröffentlichungen“, 2. Jahrg. S. 97 ff.

[114]) Eine andere Auffassung entwickelt *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 21.

[115]) Nur, wo durch mittelbaren oder unmittelbaren Beitrittszwang auf Grund des Arbeitsvertrages oder der Satzung andauernder Neuzuwachs gesichert, das Beitrittsalter im allgemeinen nicht sehr verschieden ist, und die Beiträge durch Gehaltsabzüge und Zuwendungen der Arbeitgeber aufgebracht werden, ist das System der Durchschnittsbeiträge und -renten zulässig („Veröffentlichungen“, 3. Jahrg. S. 84).

verhältnismäßig zu geringe Beiträge. Somit wird der Grundsatz des § 21 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, daß Rechte und Pflichten der Mitglieder bei gleichen Voraussetzungen gleich sein sollen, hier nur scheinbar gewahrt, in Wirklichkeit durchbrochen. Dem System der Durchschnittsbeiträge entspricht in gewisser Weise das System der Durchschnittsrente. Bei Werkpensionskassen findet sich häufig die Einrichtung, daß in gewissen Zwischenräumen nach Maßgabe der vorhandenen Mittel eine Einheitsrente berechnet wird, die dann allen Bezugsberechtigten in gleicher Höhe gezahlt wird. Auch hier wird dem Grundsatz des § 21 VAG. nicht Genüge geleistet, da den Mitgliedern nicht die ihrer einzelnen Leistung, sondern die dem Durchschnitte der gesamten Einzahlungen entsprechende Gegenleistung gewährt wird.[116])

Grundsätzlich muß nun der Maßstab, nach welchem das Mitglied nach den Durchschnittsregeln, nach welchen die vorläufige Beitragspflicht geschätzt ist, zur Erfüllung der Gesellschaftszwecke beiträgt, zugleich den Maßstab bilden, nach welchem das Mitglied an der endgültigen Verteilung des Geschäftsergebnisses, also bei günstigem Ergebnisse an den Überschüssen,[117]) bei ungünstigem Ergebnisse an den Nachschüssen teilnimmt.[118]) Im Hinblick jedoch auf die oben gemachten Ausführungen über die Berechnungsart dieser Beiträge bei der Mehrzahl der Werkpensionskassen wird im Einzelfalle zu prüfen sein, ob durch diese Beitragserhebung der Grundsatz der gleichen Behandlung aller Mitglieder erheblich verletzt wird. Ist dem so, so kann das Mitglied die Aufstellung eines Maßstabes für seine Beteiligung an der Erfüllung des Vereinszweckes verlangen, der diesem Grundsatz gerecht wird.

Natürlich gilt auch für die Vereine, die die Versicherung ihrer Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben, der Satz, daß Sonderrechte eines Mitgliedes ohne dessen Zustimmung nicht durch Organe des Vereins, auch nicht durch die Generalversammlung verändert oder aufgehoben werden können.[119]) Wieweit

---

[116]) Das Aufsichtsamt hat darauf hingewirkt, daß versicherungstechnisch berechnete Tabellen aufgestellt wurden, in denen unter Berücksichtigung des Eintrittsalters der Mitglieder die Rente berechnet ist, die den Versicherten auf Grund der geleisteten Einzahlungen mit Sicherheit gewährt werden kann; etwaige Überschüsse sollten zur Gewährung besonderer Zuschußrenten verwendet werden.

[117]) Bei dem natürlichen Zusammenhang, in welchem das Recht auf den Überschuß mit der Pflicht zu Beiträgen steht, wird die Satzung die betreffenden Bestimmungen mit denjenigen, die sie gemäß § 25 Abs. 3 VAG. über die Verlustverteilung getroffen hat, in Einklang bringen können. Eine Überschußverteilung nach abweichenden Grundsätzen ist jedoch nicht ausgeschlossen. („Begründung" zu § 38 a. a. O. S. 192.)

[118]) Dies tritt mit Klarheit dann hervor, wenn die Regeln der Wahrscheinlichkeit zutreffen. Vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe in einer Entscheidung vom 9. VII. 1880. (*Seufferts* Archiv Bd. 39 Nr. 134.)

[119]) Vgl. §§ 68, 69 ALR. II 6, § 35 BGB., § 41 Abs. 3 VAG. Das Versicherungsaufsichtsgesetz hat davon Abstand genommen, besondere Vorschriften über die sog. Sonderrechte der Mitglieder von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit zu geben, wie es denn überhaupt das Rechts-

das Gebiet dieser nicht zur Verfügung der Vereinsorgane stehenden Sonderrechte reicht, ist in einer allgemein gültigen Formel nicht zu bestimmen.[120]) Es gehört dazu nur das, was für den Inhalt der Leistungen und Gegenleistungen aus dem Versicherungsvertrag rechtlich von Erheblichkeit ist.[121])

Die Frage nach der Existenz eines Sonderrechts deckt sich zum Teil mit derjenigen nach dem zulässigen Inhalt der Satzung und der Versicherungsbedingungen; wie weit dürfen die Grundgesetze des Vereins in der sozialen Bindung der Einzelwillen gehen, ohne gegen zwingende Rechtssätze zu verstoßen? Hier legt, wie bereits erwähnt, das Versicherungsaufsichtsgesetz im § 21 Abs. 1 den Grundsatz gesetzlich fest, daß die Beiträge der Mitglieder und die Leistungen des Vereins an die Mitglieder bei gleichen Voraussetzungen nach gleichen Grundsätzen bemessen werden müssen. Damit ist ausgesprochen, daß das Recht auf gleiche Behandlung der Mitglieder auch durch die Satzung nicht beeinträchtigt werden darf und daß die Bestimmungen, die diesem Grundsatz widerstreiten, ungültig sind. Weitere Grundsätze in der bezeichneten Richtung ergeben sich aus den Bestimmungen des Gesetzes über den notwendigen Inhalt der Satzung, z. B. über die Verteilung der Überschüsse, über den Anspruch auf die Liquidationsquote usw.

Als statutarische Sonderrechte stellen sich solche Satzungsbestimmungen dar, die nicht ohne Zustimmung des Mitgliedes durch Beschluß der Mitgliederversammlung beeinträchtigt werden können. Für die hier zur Erörterung stehenden Fragen spielen die Sonderrechte rein vermögensrechtlichen Charakters eine besonders wichtige Rolle. Weil, wie bereits ausgeführt, die Mitgliedschaft mit dem Versicherungsvertrage zu einem einheitlichen Rechtsverhältnis verschmolzen ist, stehen die Rechte aus der Versicherung nicht dem Mitgliede als einem Dritten, sondern als Mitglied zu. Der Versicherungsvertrag zwischen dem Mitgliede und dem Verein ist daher die Quelle wahrer iura singulorum in universitate, während sonst aus Verträgen des Mitgliedes mit der Korporation solche Rechte nicht erfließen können, das Mitglied vielmehr der Körperschaft nicht anders gegenübersteht wie jeder unbeteiligte Dritte, der den gleichen Vertrag eingegangen ist. Damit steht in Zusammenhang, daß die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ beim Gegenseitigkeitsverein ihrer rechtlichen Natur nach Vereinssatzung (Sozialrecht) sind, einerlei, ob sie äußerlich einen Bestandteil der Satzung bilden oder getrennt von ihr

verhältnis zwischen dem Verein und seinen Mitgliedern nur in einzelnen Beziehungen regelt. *Manes,* Komm., „Vorbemerkungen“ zu Abschnitt III S. 109.

[120]) *Rehm,* Komm., Anm. 8 zu § 41 meint, daß es sich um solche Bestandteile des Versicherungsverhältnisses handeln müsse, die für den Durchschnittsversicherten von solcher Wichtigkeit seien, daß er ohne sie dem Verein nicht beigetreten wäre. Siehe dagegen *Manes,* Komm., Anm. 2 zu § 41.

[121]) So auch „Veröffentlichungen“, 4. Jahrg. S. 67.

aufgestellt sind.[122]) Inwieweit Sonderrechte der Mitglieder bei der Auflösung der Pensionskassen in Frage kommen, wird Gegenstand der weiteren Darlegung sein.

3. Die Rechtsstellung der Mitglieder bei der Kassenauflösung.

a) *Der Auflösungsbeschluß.*

Die ganze Existenz der Werkpensionskassen beruht auf dem freien Willen ihrer Mitglieder; ein Willensentschluß dieser Mitglieder kann ihr auch die Existenz wieder entziehen.[123]) Zweifellos ist dies zulässig, sobald alle Mitglieder zustimmen. Aber auch eine bloße Majorität, und zwar im Zweifel die einfache Majorität der abstimmenden Mitglieder, kann die Auflösung beschließen.[124])

Nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz kann die Auflösung eines kleineren Vereins nur durch das oberste Organ beschlossen werden.[125]) § 29 VAG. erläutert den Begriff „oberstes Organ" durch den Klammerzusatz: „(Versammlung von Mitgliedern oder von Vertretern der Mitglieder)". Nach § 53 VAG. findet jedoch § 29 auf kleinere Vereine keine Anwendung. Demnach kann die Deutung dieses Begriffs nicht dem Versicherungsaufsichtsgesetz, sondern nur dem Bürgerlichen Gesetzbuch entnommen werden, dessen Bestimmungen über den rechtsfähigen Verein (§§ 24—53) auf den kleineren Verein im Sinne des § 53 VAG. Anwendung finden. Das BGB. kennt den Begriff „oberstes Organ" nicht. Es bezeichnet nur für bestimmte Vereinshandlungen die Organe, die für deren Vornahme zuständig sind, nicht ohne dabei der Satzung einen ziemlich breiten Spielraum zu gewähren.[126]) Für die Auflösung des Vereins durch Beschluß bestimmt jedoch § 41 BGB. zwingend, daß dieser Beschluß nur durch die Mitgliederversammlung vorgenommen werden kann. Hinsichtlich des Auflösungsbeschlusses ist mithin nach den Bestimmungen des BGB. die Mitgliederversammlung das „oberste Organ". Bezüglich der Auslegung des Begriffes „oberstes Organ" im Sinne des § 43 VAG. finden nun die Vorschriften des § 41 BGB. für die Auflösung der kleineren Vereine Anwendung. Das ergibt sich zweifellos aus

---

[122]) Vgl. *Manes*, Komm., Anm. 1 zu § 41.

[123]) Einzelne Firmen haben sich im Hinblick auf die großen Vermögenszuwendungen, die sie der Kasse machen, die endgültige Entscheidung über die Auflösung der Kasse vorbehalten. Vgl. *Götze*, a. a. O. S. 80.

[124]) *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 147.

[125]) §§ 53, 43 VAG.

[126]) § 40 BGB. — Bei Werkpensionskassen wird das oberste Organ gebildet beispielsweise aus Delegierten der Mitglieder (je 20 wählen einen) und einem Vertreter der Firma, oder das oberste Organ ist bei der Wahl des Vorstandes an eine Vorschlagsliste des Unternehmers gebunden. Satzungsänderungen bedürfen fast immer seiner Zustimmung. Streitigkeiten pflegen einem Schiedsgericht überwiesen zu werden, an dessen Bildung zumeist der Arbeitgeber beteiligt ist. „Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 33. Sind die Arbeitgeber die „Mitglieder" des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit („Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 86), so kann das oberste Organ aus je einem Vertreter der Mitglieder und gewählten Vertretern der Versicherten zusammengesetzt sein, auch wenn diese nicht ihren Arbeitgebern einen Teil der Prämie zu erstatten haben.



§ 53 VAG. Demnach hat die Mitgliederversammlung über die Auflösung zu beschließen.[127]) Ein von einem anderen Organ gefaßter Auflösungsbeschluß ist ungültig.[128])

Hinsichtlich der weiteren Voraussetzungen für die Rechtsgültigkeit des Auflösungsbeschlusses der Mitgliederversammlung und seiner Bedeutung für die bestehenden Versicherungsverhältnisse gilt der § 43 VAG., der nach § 53 VAG. ausdrücklich auf kleinere Vereine Anwendung findet. Nach § 43 Abs. 2 VAG. bedarf es zu dem Beschlusse einer Mehrheit von drei Vierteilen der abgegebenen[129]) Stimmen, sofern nicht die Satzung andere, leichtere oder schwerere Erfordernisse aufstellt. § 43 Abs. 2 VAG. bestimmt ferner, daß die Mitglieder des obersten Organs, welche gegen die Auflösung gestimmt haben, berechtigt sind, gegen den Auflösungsbeschluß Widerspruch zum Protokolle zu erklären.

Da die Zulässigkeit einer Anfechtungsklage gegen einen solchen Beschluß im § 36 VAG. in Verbindung mit § 271 Abs. 4 HGB. begründet ist, § 36 VAG. aber auf kleinere Vereine keine Anwendung findet,[130]) ist die Einbringung einer solchen Klage von seiten der dem Auflösungsbeschluß widersprechenden Minderheit ausgeschlossen.[131])

Nach § 43 Abs. 3 VAG. bedarf der Auflösungsbeschluß der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Diese Genehmigung erteilt die Aufsichtsbehörde nach freiem Ermessen.[132]) Die Auffassung des Oberverwaltungsgerichts,[133]) daß die Versagung der Genehmigung eines solchen Beschlusses nur dann zulässig sei, wenn der Beschluß formell oder materiell rechtswidrig sei, wenn er also entweder formell nicht rechtsgültig zustandegekommen sei, oder wenn er materiell gegen das Gesetz oder das Statut verstoße, ist unzutreffend. Demgegenüber betont *Rehm*[134]) mit Recht, daß der Versagung nicht wie in den §§ 7, 13, 14 VAG. irgendwelche Schranken gesetzt sind. Darf die Aufsichtsbehörde schon die Änderung des Geschäftsplanes materiell prüfen, um so mehr die Aufhebung. Sie kann also die Genehmigung des Auflösungsbeschlusses auch aus Zweckmäßigkeitsgründen versagen, beispielsweise aus der Erwägung, daß keine ausreichende Veranlassung zur Auflösung der noch genügenden

[127]) *Manes*, Komm., Anm. 2 zu § 29 und *Knebel-Doeberitz*, Komm., Anm. 1 zu § 43 und Anm. zu § 44 betonen ebenfalls, jedoch ohne Begründung, richtig, daß ein Auflösungsbeschluß nur von der Mitgliederversammlung gefaßt werden kann. Nicht zutreffend ist die Ansicht *Rehms*, Anm. 9 zu § 53 S. 214 Abs. g, daß § 41 BGB. für die Auflösung nicht gelte. Er gilt, wenn auch nur in bestimmter Richtung.

[128]) *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 43.

[129]) Wieviel Mitglieder erscheinen, ist gleichgültig, sofern nicht die Satzung anderes bestimmt. Siehe *Manes*, Komm., Anm. 1 letzter Absatz zu § 43.

[130]) § 53 VAG.

[131]) *Königе*, Komm., Anm. 11 zu § 53. Siehe auch *Manes*, Komm., Anm. 4 zu § 36.

[132]) So richtig *Rehm*, Komm., Anm. 8 zu § 43.

[133]) Urteile vom 3. I. 1910 und 24. IV. 1911, abgedr. bei *Reger*, Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden usw., Bd. 32 S. 358.

[134]) *Rehm*, Komm., Anm. 8 zu § 43.

Leistungsfähigkeit der Kasse vorliegt, und daß die Auflösung den Interessen der Kassenmitglieder oder eines Teiles von ihnen nicht entspricht. Genehmigt die Aufsichtsbehörde den Auflösungsbeschluß,[135]) so steht den widersprechenden Mitgliedern, sofern sie gegen den Auflösungsbeschluß in der Abstimmungsversammlung gestimmt und Widerspruch zu Protokoll erklärt haben, der Rekurs nach § 74 Abs. 1 bzw. § 84 Abs. 1 VAG. zu. Zur Wahrung dieses Interesses ist ein Recht auf Feststellung des Widerspruchs zu Protokoll verliehen.[136])

Die „Auflösung" ist für die rechtsfähigen Werkpensionskassen nicht gleichbedeutend mit Aufhören der privaten und öffentlichen Rechtsfähigkeit. Die „Auflösung" im formellen Sinne kann gar nicht die Wirkung der Beendigung der Rechtsfähigkeit haben, weil viele Verpflichtungen und Ansprüche laufen. Die Auflösung im Rechtssinne bedeutet nur: Der Verein wechselt seinen Zweck, die Vereinstätigkeit hat jetzt nicht mehr den Zweck, das auf Versicherung gerichtete Unternehmen fortzusetzen, sondern abzuwickeln und die Vertretungs- und Geschäftsbefugnis des Vorstandes hört auf. Der Verein ist von jetzt an nicht mehr Versicherungs-, sondern Liquidationsverein. Er besteht fort als Verein, aber nicht mehr als Versicherungsverein. Das Gesetz geht weiter. Für die kleineren aufgelösten Vereine bestimmt § 49 Abs. 2 BGB.:[137]) „Der Verein gilt nach der Auflösung als fortbestehend", d. h. der als Liquidationsverein fortbestehende Verein gilt noch als der alte Verein, der bisherige Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit somit noch als Verein für Versicherungszwecke. Er hat noch bis zur Beendigung der Liquidation alle Rechte und Pflichten des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. Er bleibt Träger der bisherigen Rechte und Verbindlichkeiten, haftet somit nach wie vor den Vereinsgläubigern und bleibt befugt, satzungsgemäße Nachschüsse und Umlagen, ausgenommen zur Deckung der Garanten,[138]) von den Mitgliedern einzuziehen; denn das alte Verhältnis der Mitglieder zueinander besteht weiter fort.

b) Die Wirkung des Auflösungsbeschlusses auf die Versicherungsverhältnisse.

Was den Einfluß des Auflösungsbeschlusses auf die bestehenden Versicherungsverhältnisse anlangt, so bestimmt § 43 Abs. 5 VAG., daß die Versicherungsverhältnisse, dem Wesen des Vereins in Liquidation entsprechend, von der Auflösung unberührt bleiben, soweit die Satzung nicht ein anderes bestimmt.[139]) Das Gesetz geht also hier von

[135]) Auflösung ohne Genehmigung ist privatrechtlich nichtig. *Rehm*, Komm., Anm. 9 zu § 43.

[136]) *Könige*, Komm., Anm. 3 zu § 43.

[137]) § 53 VAG.

[138]) § 47 Abs. 2 mit § 53 VAG.

[139]) Lezteres ist dann nicht anzunehmen, wenn diese vorschreibt, daß das Vermögen innerhalb bestimmter Frist „nach vollständiger Bezahlung sämtlicher darauf haftenden Verbindlichkeiten" an die Versicherten in bestimmtem Verhältnis verteilt werden soll; denn die laufenden Versicherungsverhältnisse sind unzweifelhaft diesen Verbindlichkeiten zuzurechnen. (Siehe das Urteil des Reichsgerichts vom 15. XII. 1903, abgedr. in „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 138 ff.)

dem Fortbestehen der Versicherungsverhältnisse unter fortlaufender Haftpflicht des Vereins für die Versicherungssummen und fortlaufender Beitragspflicht der Mitglieder aus. Es legt jedoch den Ansprüchen der Versicherten gesetzlich nicht die Natur von Sonderrechten bei,[140]) vielmehr ist es der Satzung überlassen, eine andere Regelung der Folgen eines Auflösungsbeschlusses herbeizuführen.

§ 43 Abs. 5 VAG. entspricht einem allgemeinen Rechtsgrundsatz und gibt schon früher geltendes Recht wieder.[141]) Ist also durch die Statuten in dieser Beziehung nicht ausdrücklich etwas bestimmt, so können diejenigen Mitglieder, welche gegen die Auflösung der Kasse gestimmt haben, eine Sicherstellung ihrer Ansprüche bis zum Ablauf des Versicherungsvertrages verlangen, und solange der Vertrag läuft, haben sie dafür auch ihre Prämien und Beiträge zu zahlen.[142])

Nur die Satzung, nicht der Auflösungsbeschluß, kann Abweichendes von der Vorschrift des § 43 Abs. 5 VAG. bestimmen. Es braucht dies aber nicht die ursprüngliche, es kann dies auch die abgeänderte Satzung tun.[143]) Nach § 39 Abs. 1 VAG. kann die Satzung nur durch Beschluß des obersten Organs geändert werden. Wie bereits S. 352 ff. ausgeführt, ist die Deutung des Begriffes „oberstes Organ“ nach § 53 Abs. 2 VAG. dem BGB. zu entnehmen. Dort verlangt § 33 für alle Satzungsänderungen eine Mehrheit von drei Vierteilen der erschienenen Mitglieder und zur Änderung des Zweckes des Vereins sogar Zustimmung aller Mitglieder. § 40 BGB. gestattet aber abweichende Regelung in der Satzung. Demnach ergibt sich für die Auslegung des Begriffs „oberstes Organ“ im Hinblick auf Satzungsänderungen, daß es nur bei mangelnder bzw. nicht entgegenstehender Satzungsbestimmung die Mitgliederversammlung ist.[144])

Im Zweifelsfalle ist es also die Mitgliederversammlung, der durch die ausdrückliche Bestimmung des § 43 Abs. 5 Satz 2 VAG., namentlich für den Fall der Auflösung, ein Eingriff in die sonst unzweifelhaft als Sonderrechte anzusprechenden bestehenden Lebensversicherungsverhältnisse[145]) in Form einer statutarischen Bestimmung über

[140]) „Begründung“, a. a. O. S. 193. So auch *Könige*, Komm., Anm. 7 zu § 43; *Manes*, Komm., *Anm.* 1 zu § 43.

[141]) So Urteil des Reichsgerichts vom 15. XII. 1903, abgedr. in „Veröffentlichungen“, 3. Jahrg. S. 138 ff., *Manes*, Komm., Anm. 3 zu § 43.

[142]) *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, S. 147.

[143]) *Rehm*, Komm., Anm. 21 zu § 43; *Könige*, Komm., Anm. 7 zu § 43.

[144]) Das wichtige Recht der Satzungsänderungen, welche für die Mitglieder von sehr einschneidender Wirkung sein können, darf im Prinzip von keinem anderen Vereinsorgan als von dem obersten Organ, bei kleineren Vereinen der Regel nach von der Mitgliederversammlung, ausgeübt werden. So *Knebel Doeberitz*, Anm. 80 zu § 39. Vgl. auch *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, Bd. I S. 125. Die Behauptung von *Manes*, Komm., Anm. 2 zu § 29 und 4 zu § 39, daß eine Ersetzung der Mitgliederversammlung im Sinne von § 40 BGB. u. a. für die im VAG. zwingend dem obersten Organe vorbehaltenen Entscheidungen nicht gelte, mithin auch die Übertragung von Satzungsänderungen an ein anderes Vereinsorgan nicht statthaft sei, ist im Hinblick auf die entgegengesetzte und auf § 33 BGB. ausdrücklich anwendbare Bestimmung des § 40 BGB. irrig. — Satzungsänderungen bedürfen bei Pensionskassen gewerblicher Unternehmen meist der Zustimmung des Arbeitgebers. „Veröffentlichungen“, 4. Jahrg. S. 33.

[145]) *Manes*, Komm., Anm. 2 zu § 41, am Schluß des vorletzten Absatzes.

den Auflösungsmodus gestattet ist. Enthält die Satzung nichts, so bedarf es der Einstimmigkeit, wenn an den bestehenden Lebensversicherungsverträgen etwas geändert werden soll.[146])

Die Liquidation muß also hinsichtlich der widersprechenden Mitglieder bis zum Erlöschen des letzten Versicherungsverhältnisses fortgeführt werden, falls nicht die Satzung etwas anderes bestimmt. Diese Bestimmung von der Fortführung der Liquidation entspringt der Erwägung, daß bei der Lebensversicherung den Mitgliedern die Beschaffung einer anderen Versicherung an Stelle der mit dem aufgelösten Verein abgeschlossenen mit Rücksicht auf ihr Alter und ihren Gesundheitszustand vielfach nur unter unverhältnismäßigen Opfern oder gar nicht möglich ist. Wenn es trotzdem der Satzung überlassen ist, abweichende Bestimmungen über die Folgen eines Auflösungsbeschlusses zu treffen, so geschieht es, um den Gefahren und Unkosten vorzubeugen, welche mit einer bis zum regelmäßigen Erlöschen des letzten Versicherungsverhältnisses fortzuführenden Liquidation, bei der der Verein verpflichtet ist und ebenso die Mitglieder beitragspflichtig bleiben, verbunden sein würden.[147])

c) Die Rechtsstellung der Pensionsempfänger gegenüber den noch nicht pensionierten Mitgliedern.

In den Satzungen zahlreicher Pensionskassen ist nun für den Fall der Auflösung[148]) die Bestimmung getroffen, daß aus dem vorhandenen Vermögen in erster Linie die bereits fällig gewordenen Ansprüche der Pensionsempfänger (Invaliden, Witwen, Waisen) sichergestellt werden sollen, und daß nur dann, wenn nach vollständiger Sicherstellung dieser Ansprüche noch Vermögen vorhanden bleibt, den noch nicht pensionierten Mitgliedern Ansprüche an das verbleibende Vermögen (etwa nach Maßgabe der einbezahlten Beiträge) zustehen sollen. Die Vorschriften anderer Satzungen dagegen behandeln die Pensionsempfänger und Pensionsanwärter insofern gleichmäßig, als beiden Arten von Berechtigten Ansprüche auf das vorhandene Vermögen nach Maßgabe der auf ihren Versicherungsanspruch entfallenden rechnungsmäßigen Prämienreserve gewährt werden. Reicht das Vermögen nicht aus, so werden die Ansprüche der Pensionsempfänger[149]) und der Pensionsanwärter nach dem gleichen Maßstab gekürzt.

Zugunsten des zweiten Verfahrens kann angeführt werden, daß hierdurch die Gefahr vermindert wird, daß namentlich die zur Zeit der Liquidation vorhandenen älteren, der Pensionierung nahestehenden Mitglieder aller eingezahlten Beiträge verlustig gehen.[150]) Die

[146]) OVG. in „Veröffentlichungen, Anhang", 9. Jahrg. S. 46.

[147]) „Begründung", a. a. O. S. 193.

[148]) Siehe hierüber „P. u. R.", a. a. O. S. 62 ff., 69 ff., 129, 137 ff.

[149]) Wenn durch einen statutenmäßig zustande gekommenen Beschluß eines Pensionsvereins die zu gewährende Pension herabgesetzt wird, so können die Angehörigen eines vor der Statutenänderung pensionierten, aber erst später verstorbenen Mitgliedes die höhere Pension nicht als Sonderrechte beanspruchen (OLG. Dresden, 3. 1. 1901, „Rech", Bd. 5 S. 464.

[150]) Hierüber *Pietsch*, a. a. O. S. 723 ff.

gegen dies Verfahren anderseits obwaltenden Bedenken erscheinen durch den Umstand abgeschwächt, daß der auf die einzelnen Pensionsanwärter entfallende Teil der Prämienreserve im Vergleich zu der für die laufenden Renten zu legenden Prämienreserve nur gering ist. Keinesfalls kann aber dem anderen Verfahren, welches in erster Linie den wohlerworbenen Rechten der Pensionäre Schutz gewährt, die Berechtigung abgesprochen werden.[151]) Dies ist vielmehr in all den Fällen unbedingt anzuwenden, in denen die Satzung eine Gleichstellung der Pensionsanwärter mit den Pensionsempfängern nicht vorsieht.[152]) Grundsätzlich besteht nämlich diese Gleichstellung keineswegs.

Die Pensionsanwartschaft ist, wie das bereits oben (S. 346 ff.) ausgeführt wurde, nicht Ausfluß eines Vertrags-, sondern eines Mitgliedschaftsverhältnisses.[153]) Daraus folgt, daß die Pensionsanwärter für das Versicherungsverhältnis keineswegs als Gläubiger bzw. Schuldner der Gesellschaft anzusehen sind.[154]) Das Mitglied hat nicht Gläubigerrechte, sondern Zugehörigkeitsrechte.[155]) [156]) Das der Mitgliedschaft innewohnende Versicherungsverhältnis wird aber durch den Eintritt des Versicherungsfalles beendigt.[157]) Diese Beendigung tritt für Werkpensionskassen mit der Pensionierung ein.[158]) Während die Entstehung des Versicherungsverhältnisses eine Folge des Mitgliedschaftserwerbes darstellt, ist Beendigung desselben für den Mitgliedschaftsverlust die Ursache.[159]) Somit besteht für den Pensionsempfänger ein Mitgliedschaftsverhältnis nicht mehr. Dieses war aber für den Pensionsanwärter die Ursache seiner mangelnden Gläubigerstellung inbezug auf das Versicherungsverhältnis. Demnach gibt das das Versicherungsverhältnis beendigende Pensionsverhältnis dem Pensionsempfänger im Hinblick auf die Pensionsansprüche der Kasse gegenüber die Stellung eines Drittgläubigers,[160])

---

[151]) So das Aufsichtsamt in „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 67 im Gegensatz zu *Pietsch*, a. a. O.

[152]) Vgl. hierüber auch „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 68.

[153]) *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 49.

[154]) *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 20.

[155]) *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 51.

[156]) Siehe auch § 51 VAG. Ausnahme nur § 22 VAG.

[157]) *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 61.

[158]) *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 20.

[159]) § 20 VAG.; *Rehm*, Komm., Anm. 3 zu § 20.

[160]) So auch *Ehrenberg*, Die Abtretung des Portefeuilles, a. a. O. S. 33, der für die reine Gläubigerstellung der Pensionsempfänger auch den Umstand ins Feld führt, daß eine gewisse Kategorie von ihnen, die Hinterbliebenen, niemals Mitglieder der Kasse gewesen seien. *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 49, Anm. 1 zu § 14. Über die Stellungnahme des Aufsichtsamts siehe „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 67 ff., namentlich S. 68: „Es kommt in Frage, ob nicht die Pensionsempfänger der Kasse gegenüber als Drittgläubiger aufzufassen sind." Die Auffassung von der Drittgläubigerstellung der Pensionsempfänger wurde auch in den Kommissionsberatungen über § 69 regierungsseitig vertreten. Dieser Paragraph gibt der Aufsichtsbehörde die Berechtigung, unter gewissen Voraussetzungen auf eine Statutenänderung zu dringen, durch die die Verpflichtungen einer Lebensversicherungsunternehmung aus ihren „laufenden Versicherungen" ermäßigt werden. In der Kommissionsberatung wurde regierungsseitig aus-

wenn auch die Entstehung der Gläubigerstellung aus einer Mitgliederstellung in gewissen Beziehungen noch nachwirkt.[161])

d) Die Herauszahlung der Versicherungsansprüche nach ihrem gegenwärtigen Wert.[162])

In zahlreichen Fällen wird wohl die Satzung für den Fall der Kassenauflösung die Herauszahlung der Versicherungsansprüche nach ihrem gegenwärtigen Wert vorsehen.[163])

Bei der Bewertung der Forderungen kann man unterscheiden:

1. die Forderungen der Pensionsempfänger, die Mitglieder der Kasse waren,
2. die Forderungen der Witwen und Waisen,
3. die Forderungen der Kassenmitglieder.

Für die Forderungen der Pensionsempfänger, der früheren Kassenmitglieder sowohl als auch der Witwen und Waisen, sind die Kapitalwerte auszusetzen.[164])

Schwierigkeiten grundsätzlicher Natur treten bei der Bewertung der Forderungen der Kassenmitglieder auf. Diese Bewertung ist für den Fall, daß Durchschnittsbeiträge zur Erhebung gelangen, in einwandfreier Weise überhaupt nicht zu lösen.[165]) Die Erhebung von Durchschnittsbeiträgen bedeutet aber für die Werkpensionskassen den Regelfall.[166]) Die Werkpensionskassen gewähren in der Regel Pensionen, die von der Dienstdauer und dem Einkommen der Mitglieder abhängig sind, und erheben zur Aufbringung der Mittel, abgesehen von den Zuwendungen der Arbeitnehmer, im wesentlichen laufende Beiträge von den Mitgliedern, die nur von dem Einkommen, nicht aber von dem Eintrittsalter, den Familienverhältnissen der einzelnen Mitglieder usw., abhängig sind.[167])

---

drücklich festgestellt, daß unter „laufenden Versicherungen" nur solche zu verstehen seien, deren Versicherungssumme noch nicht fällig geworden sei. Die analoge Anwendung dieser Auffassung auf die hier zu erörternde Frage liegt auf der Hand.

[161]) Z. B. § 50 Abs. 2 VAG., *Rehm*, Komm., Anm. 2 zu § 49 VAG.

[162]) Hierüber, namentlich auch über die versicherungstechnische Seite der Frage, siehe *Pietsch*, a. a. O. S. 723 ff.

[163]) *Rehm*, Komm., Anm. 21 zu § 43. Nur die Satzung kann das bestimmen.

[164]) Dabei können manche Zweifelsfragen in technischer Beziehung aufgeworfen werden: Soll bei der Kapitalisierung auf die Abhängigkeit der Sterblichkeit der Invaliden, soll auf die Invaliditätsdauer Rücksicht genommen werden? Soll, und bejahendenfalls in welcher Weise soll der Wegfall der Witwenpensionen durch Wiederverheiratung von der Rechnung erfaßt werden? Soll beachtet werden, daß sich die Bezüge der Halbwaisen möglicherweise zum Teil dadurch erhöhen werden, daß an ihre Stelle Vollwaisenpensionen beim Tode der Mutter zu bewilligen sein werden?

[165]) So auch *Pietsch*, a. a. O. S. 726.

[166]) Hier sind nur solche Kassen Gegenstand der Darstellung. Siehe S. 349 ff.

[167]) Das Aufsichtsamt sagt „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 84: „Bei gewerblichen Betriebskassen berechnet sich regelmäßig Beitrag und Pension nach Prozenten des Jahreseinkommens. Es wird hier insofern nach Durchschnittsbeiträgen verfahren, als alle auf gleicher Einkommenstufe stehenden Personen denselben Beitrag zahlen und die gleiche An-

Bei der Aufstellung versicherungstechnischer Bilanzen für Werkpensionskassen ermittelt man in der Regel die gesamte Prämienreserve für die vorhandenen Mitglieder dadurch, daß man von dem unter Berücksichtigung der zu erwartenden Änderungen der Familienverhältnisse berechneten gegenwärtigen Barwert der voraussichtlichen Ausgaben für Pensionen den Barwert der voraussichtlichen Einnahmen aus den um die Verwaltungskosten gekürzten Beiträgen abzieht. Diese Prämienreserve wird als die Gesamtforderung der vorhandenen Mitglieder zu betrachten sein. In gleicher Weise aber kann man nicht die Forderungen der einzelnen Mitglieder feststellen; denn es wird nicht für jedes Mitglied ein Beitrag gezahlt, der rechnungsmäßig zur Deckung der durch dieses Mitglied erwachsenen Leistungen erforderlich ist.[168]) Es wird vielmehr, wie bereits gesagt, ein Durchschnittsbeitrag erhoben, der in der Regel die jüngeren Eintrittsalter zu hoch, die älteren zu niedrig belastet.

Die ungerechte Bevorzugung bzw. Zurücksetzung der verschiedenen Mitglieder würde vermieden werden, wenn man eine andere Prämienreserveberechnung unter Zugrundelegung der wirklichen Beitrittsalter und der dafür erforderlichen Beiträge vornähme. Im Verhältnis des Anteils des einzelnen Mitgliedes an dieser errechneten Prämienreserve hätte es dann Anteil an der wirklich vorhandenen Prämienreserve. Aber gegen dieses Verfahren läßt sich z. B. der berechtigte Einwand erheben, daß die Abfindung der jung beigetretenen Mitglieder nur einen kleinen Bruchteil der von ihnen und für sie gezahlten Beiträge ausmacht, während bei gleicher Mitgliedsdauer die älteren Mitglieder erheblich mehr als die eingezahlten Beiträge erhalten würden. Man könnte nun umgekehrt die wirklich geleisteten Beiträge als Grundlage wählen und jedem Mitglied diese Beiträge unter Abzug des Deckungskapitals für die Schadensfälle auszahlen, die unter Beachtung seines Eintrittsalters rechnungsmäßig bisher hätten eintreten sollen. Hier würden bei gleicher Mitgliedsdauer und unter sonst gleichen Umständen die Abfindungen für ältere Mitglieder wesentlich niedriger als für jüngere sein.

Es ist deshalb in Vorschlag gebracht worden, den Anteil der einzelnen Mitglieder an der auf Grund von Durchschnittsbeiträgen

---

wartschaft auf Rente besitzen." Das Aufsichtsamt bezeichnet die Leistungen der Versicherten nur dann als richtig, wenn sie „nach dem Eintrittsalter" abgestuft sind. Die individuelle Prämie, allenfalls vereinfacht durch Zusammenfassung von eng begrenzten Altersklassen, hat zwar den Nachteil der größeren Kompliziertheit, sie gewährt dafür aber die Möglichkeit der genauen Berechnung des Anspruchs des einzelnen Mitgliedes. Gerechtfertigt kann das System der Durchschnittsbeträge allenfalls werden durch den Beitrittszwang zur Kasse, der durch den fortdauernden Beitritt jüngerer Mitglieder die Lebensfähigkeit der Kasse sichert und bei einzelnen Kassen durch die Erwägung, daß erfahrungsgemäß das Beitrittsalter der Mitglieder im allgemeinen das gleiche ist. „Veröffentlichungen", 2. Jahrg. S. 97, 3. Jahrg. S. 123, 8. Jahrg. S. 176.

[168]) So auch *Laporte*, a. a. O. S. 52: „Ein einwandsfreies Inbeziehungsetzen von individuellen Leistungen der Versicherten und Gegenleistung der Kasse ist bei dem Vorliegen von Durchschnittsbeiträgen völlig ausgeschlossen."

errechneten Gesamtprämienreserve, unbekümmert um das Eintrittsalter, lediglich von der Summe der geleisteten Beiträge der Mitglieder, event. mit Zinsen und Zinseszinsen, zu berechnen.

Statt von den eingezahlten Beiträgen könnte man bei der Ermittlung des Verteilungsmaßstabes auch von den zur Zeit der Auflösung erdienten Pensionen, d. h. von denjenigen Pensionen ausgehen, die den vorhandenen Mitgliedern zu gewähren wären, wenn sie sämtlich zu diesem Zeitpunkt in den Ruhestand treten würden. Es müßte also die zur Zeit der Auflösung der Kasse jedem einzelnen Mitglied im Falle seiner Pensionierung zustehende Jahrespension in Verhältnis gesetzt werden zu der Summe der so ermittelten Jahrespensionen aller Mitglieder. Nach diesem Verhältnis wäre dann der Anspruch der einzelnen Mitglieder an der Prämienreserve zu bestimmen.

Würde man jedoch lediglich nach diesem Gesichtspunkt verteilen, so würden unter Umständen die älteren Mitglieder benachteiligt werden, und zwar in zwei Fällen. Erstens in dem Falle, daß die Höhe der Pensionen von der Mitgliedsdauer unabhängig ist. In diesem Falle hätten nämlich die älteren Mitglieder mehr Beiträge geleistet als die jüngeren, sie erhielten aber, da ihre verdiente Pension nicht höher ist, als die der jüngeren Mitglieder, nur den gleichen Anteil an der Prämienreserve. Zweitens in dem Fall, daß bei steigendem Pensionsanspruch eine Wartezeit Voraussetzung für die Pensionsanwartschaft ist und die nach Ablauf der Wartezeit erdiente Pension erheblich höher ist als die noch mögliche Steigerung der Pension für einen der Wartezeit entsprechenden Zeitraum. Beispielsweise beträgt die nach Ablauf einer zehnjährigen Wartezeit erdiente Pension 40 % des Jahresarbeitsverdienstes, nach weiteren 10 Jahren steigt sie auf 50 %. In diesem Fall würden, wenn man die Prämienreserve lediglich nach Maßgabe der erdienten Pensionen verteilen würde, die älteren Mitglieder sich schlechter als die jüngeren stehen, da ihre erdiente Pension verhältnismäßig nur wenig höher ist als die der jüngeren Mitglieder, sie aber erheblich mehr Beiträge gezahlt haben. Deshalb ist es bei Verwendung dieses Maßstabes unerläßlich, neben den erdienten Pensionen auch noch die Mitgliedsdauer zu berücksichtigen. Man hätte also nicht jene Pensionen selbst, sondern von der Mitgliedsdauer abhängige Vielfache derselben als Maßstab zu benutzen.

e) Die Abtretung des Versicherungsbestandes.[169])

Für den Fall der Auflösung einer Werkpensionskasse ist der allgemeine, allen Formen der Abtretung des Versicherungsbestandes

[169]) An Literatur ist neben dem Aufsatz von *Ehrenberg:* „Die Abtretung des Portefeuilles" (a. a. O. S. 24 bis 45) namentlich noch auf den Aufsatz von *Emminghaus:* „Stellung der bei Gesellschaftsfusionen beteiligten Versicherten nach deutschem Recht" (a. a. O. S. 24 bis 36) zu verweisen. *Emminghaus* gibt einen Überblick über die Stellung des Aufsichtsamts und der Judikatur in dieser Frage. Für die Stellungnahme des Aufsichtsamts kommt namentlich in Betracht: „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 95 ff.; für die des Reichsgerichts: RGZ. NF. Bd. 6 S. 292 ff. Es sei ferner noch auf den Aufsatz von *Schellwien:* „Die Fusion von Versicherungsgesellschaften in rechtlicher Beziehung" (a. a. O. S. 269 ff.) verwiesen.



gemeinsame Rechtsvorgang der, daß eine solche Kasse ihre sämtlichen Rechte aus den bestehenden Versicherungsverträgen, insbesondere den Anspruch auf die Prämienzahlung, an die übernehmende Versicherungsunternehmung abtritt, ihr die auf diese Versicherungen bezüglichen Prämienreserven und -überträge übereignet, und daß auf der anderen Seite das übernehmende Unternehmen in alle Verpflichtungen aus den laufenden Versicherungsverträgen eintritt. Erschöpft sich die Abtretung des Versicherungsbestandes in diesem Rechtsvorgang, so stellt sie sich einfach als einen Liquidationsmodus, als eine Art und Weise der Liquidation der Versicherungsverhältnisse dar.

Danebenher geht bei einzelnen Arten der Abtretung des Versicherungsbestandes die Übertragung des gesamten sonstigen Vermögens und Übernahme der gesamten sonstigen Verpflichtungen der übertragenden Gesellschaft.[170]) In diesem Fall bezweckt die Abtretung des Versicherungsbestandes die „Fusion" der Kasse, ihre Verschmelzung mit einer anderen Gesellschaft.

Endlich ist die Abtretung des Versicherungsbestandes noch in der Form der sog. Umwandlung von Kassen in eine andere Rechtsform denkbar, die wohl nur in der Weise erfolgen kann, daß das umzuwandelnde Unternehmen seinen Bestand auf ein in der neuen Form zu diesem Zweck neu errichtetes Unternehmen überträgt.[171])

In der hiermit gegebenen Begrenzung hebt sich der Begriff der Fusion scharf ab von dem der totalen Rückversicherung, welche lediglich auf die inneren Beziehungen zwischen den beiden vertragschließenden Unternehmungen einwirkt, den Versicherungsnehmern gegenüber aber keinerlei Rechtswirkungen äußert,[172]) was bei der Fusion in recht erheblichem Maße der Fall ist.

Nicht hierher gehört auch der Fall, daß eine bestehenbleibende oder sich auflösende Werkpensionskasse ihre Versicherten im Wege der Kollektivversicherung bei einem anderen Unternehmen versichert, ein Weg, der namentlich von Pensionskassen, die auf technisch mangelhafter Grundlage, z. B. nach dem Umlageverfahren oder dergl. arbeiteten, bald nach dem Inkrafttreten des Privatversicherungsgesetzes wiederholt gewählt worden ist.[173]) Dabei handelt es sich nicht um eine Fusion, sondern um den Abschluß neuer Versicherungsverträge, welche selbstverständlich der Zustimmung der einzelnen Versicherten bedürfen,[174]) ein Erfordernis, das bei der Abtretung des Versicherungsbestandes durchaus nicht immer vorzuliegen braucht. Für solche Verhältnisse ist also auch bei Versicherungsvereinen auf

---

[170]) Siehe *Schellwien* a. a. O. S. 269, RGZ. N. F. Bd. 6 S. 292, *Manes*, Komm., Anm. 6 zu § 14. — In dem Beschlusse, das Vermögen der Versicherungsunternehmung als ein Ganzes auf ein anderes Unternehmen zu übertragen, liegt ein Auflösungsbeschluß. *Rehm*, Komm., Anm. 4 zu § 43.

[171]) So das Aufsichtsamt in „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 95.

[172]) RGZ. Bd. 56 S. 292. Aufsichtsamt in „Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 73.

[173]) *Manes*, Komm., Anm. 1 zu § 14. Aufsichtsamt in „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 95, 4. Jahrg. S. 74.

[174]) Abweichend *Rehm*, Komm., Anm. 13 zu § 36 und 9 zu § 14.

Gegenseitigkeit jeder Zwang gegen widersprechende Mitglieder ausgeschlossen.[175])

Wesentlich für die privatrechtliche Bedeutung der Abtretung des Versicherungsbestandes ist der Übergang der Versicherten von einem Versicherer zum andern. Der abtretende Versicherer garantiert dem anderen den Eintritt in seine rechtliche Stellung gegenüber den Versicherten, also den Eintritt in die Versicherungsverträge. Die rechtliche Stellung des Versicherers aber gewährt nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten, für beides soll der neue Versicherer an die Stelle des alten treten, das ist der Wille der Parteien. Eine Nachfolge in die Rechte aus dem Versicherungsvertrage findet durch Abtretung (Zession), eine Nachfolge in die Pflichten durch Schuldübernahme statt. Es finden daher die Bestimmungen des BGB. über diese Rechtshandlungen auf die Fusion Anwendung, soweit nicht besondere gesetzliche Bestimmungen in Betracht kommen. Während nun die Abtretung der Rechte durch bloßen Vertrag zwischen dem bisherigen und dem künftigen Gläubiger ohne Mitwirkung des Schuldners erfolgen kann, ist eine Schuldübernahme durch bloßen Vertrag zwischen dem bisherigen und dem künftigen Schuldner nicht möglich, sie bedarf vielmehr, um wirksam zu sein, der Genehmigung durch den Gläubiger.[176]) Ist die Genehmigung nicht erteilt oder wird sie verweigert, so verwandelt sich die Schuldübernahme in eine sog. Erfüllungsübernahme (im Sinne des § 329 BGB.), d. h. der Schuldübernehmer wird im Zweifel dem Schuldner gegenüber verpflichtet, dessen Gläubiger rechtzeitig zu befriedigen[177])

In erster Linie geht die Absicht der Parteien also dahin, daß der bisherige Versicherer vollständig aus dem Versicherungsverhältnisse ausscheidet, in zweiter Linie (nämlich wenn jene Absicht sich nicht realisieren läßt) soll er zwar formell juristisch Schuldner der Versicherten bleiben, aber materiell wirtschaftlich soll auch hier der andere Versicherer an seine Stelle treten, und zwar unmittelbar dem Versicherten gegenüber, nicht bloß dadurch, daß er seinerseits wieder jenen ersten schadlos hält. Der Übernehmer des Versicherungsbestandes wird durch die Abtretung stets Gläubiger der Versicherten für die Prämienforderungen und meist ihr Schuldner für die Versicherungssummen. Aber auch da, wo er letzteres nicht wird, weil die Schuldübernahme sich nicht realisiert, ist er es, der ihnen von Rechts wegen die Versicherungssumme auszuzahlen hat; dem Abtreter des Versicherungsbestandes gegenüber ist er hierzu verpflichtet.[178])

Die Abtretung des Versicherungsbestandes ist also ein Übereinkommen, welches stets Zession von Forderungen (oft auch noch andere

[175]) Vergl. die nähere Schilderung des dabei beobachteten Verfahrens „Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 74.

[176]) § 415 Abs. 1 BGB.

[177]) § 415 Abs. 3 BGB.

[178]) Wenn der Übernehmer das ganze Vermögen der abtretenden Gesellschaft erwirbt, haftet er dem Versicherten, auch wenn die Schuldübernahme nicht zustande gekommen ist, nach Maßgabe des § 419 BGB.; daneben haftet er dem Abtreter des Versicherungsbestandes aus der Erfüllungsübernahme.

Überweisungen) und Schuldübernahme (event. Erfüllungsübernahme) bezweckt. Das Übereinkommen enthält nicht schon selbst die Zession und die Schuldübernahme, dies sind vielmehr zwei selbständige Rechtsakte, welche die Erfüllung jenes Übereinkommens bilden. Und zwar stehen beide untereinander in einem Abhängigkeitsverhältnis, das Geschäft ist synallagmatischer Natur: erst wenn und soweit der eine Versicherer zediert, übernimmt der andere die Schuld.

Das Übereinkommen selbst läßt sich nicht unter eine der im BGB. geregelten Vertragsakten unterbringen. Es bildet einen unbenannten Vertrag der geschilderten Art.[179])

Die hier interessierende Frage ist nun die, ob die Abtretung des Versicherungsbestandes für die Versicherten privatrechtlich verbindlich ist, ob also die nicht freiwillig zu der anderen Gesellschaft übertretenden Versicherten sich von ihren Gesellschaftsorganen geradezu einen anderen Versicherer aufdrängen lassen müssen. Sie soll zunächst unabhängig von den einschlägigen Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes untersucht werden.

Zwei Grundsätze des Privatrechts sind es, welche gegen eine solche Verbindlichkeit sprechen: einmal der allgemeine Satz, daß kein Gläubiger verpflichtet ist, sich wider seinen Willen einen andern Schuldner aufdrängen zu lassen, und sodann der besondere Satz des Versicherungsrechts, daß der Versicherte befugt ist, vom Vertrage zurückzutreten wegen Unsicherheit des Versicherers, insbesondere dann, wenn der Versicherer sich selbst der Mittel beraubt hat, um die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage zu erfüllen.

Zweifellos ist nun die Verbindlichkeit eines auf Abtretung des Versicherungsbestandes hinzielenden Beschlusses auch für die widerstrebenden Mitglieder dann anzunehmen, wenn das Statut der Gesellschaft den Organen die Befugnis zur Fassung eines solchen Beschlusses einräumt, insbesondere, wenn es für den Fall der Auflösung der Gesellschaft die Art und Weise der Liquidation ausdrücklich dem Beschluß der Generalversammlung überläßt. In diesem Fall kann von einer Verletzung des Sonderrechts des Mitgliedes, daß es sich gegen seinen Willen keinen anderen Schuldner aufdrängen zu lassen braucht, selbst dann, wenn man die Existenz eines solchen Sonderrechts unterstellt, nicht die Rede sein; denn das Mitglied hat dann auf dieses Sonderrecht durch Unterwerfung unter die Satzung verzichtet.[180]) Die Abtretung des Versicherungsbestandes ist für diesen Fall nichts weiter als eine Art der Liquidation. Ein Sonderrecht aber auf eine bestimmte Art der Liquidation steht keinem Mitgliede zu.[181])

Nicht so klar ist die Rechtslage dann, wenn es an einer Bestimmung in dem Statut der Gesellschaft fehlt. Um auch hier die Befugnis

[179]) So *Ehrenberg*, a. a. O. S. 28. Das Reichsgericht (RGZ. N. F. VI. Bd. S. 294 1904) spricht von einem lästigen Vertrag, betr. die sog. „Übernahme des Portefeuilles", der infolge der das Recht der Schuldverhältnisse beherrschenden Vertragsfreiheit zulässig sei.

[180]) RGZ. N. F. Bd. 6 S. 295, *Ehrenberg*, a. a. O. S. 32. Siehe aber auch *Behrend*, „Zeitschrift für die ges. Vers.-Wissenschaft", Bd. 7 S. 324 ff. und *Schellwien*, a. a. O. S. 289.

[181]) *Ehrenberg*, a. a. O. S. 32.

des obersten Organs einer Werkpensionskasse zur Abtretung des Versicherungsbestandes mit für alle Mitglieder verbindlicher Wirkung zu begründen, hat man darauf hingewiesen, daß das Versicherungsverhältnis von der mitgliedschaftlichen Stellung des Versicherten so stark beeinflußt werde, daß der einzelne sein etwa abweichendes Interesse und seine Sonderwünsche stets dem gemeinschaftlichen Interesse und dem Willen der Mehrheit unterordnen müsse; das sei eben das Wesen der „Gegenseitigkeit", und das mitgliedschaftliche Verhältnis dominiere dabei so stark, daß die Majorität von sich selber aus, auch ohne statutarische Erlaubnis, im Interesse der Gesamtheit dem einzelnen Versicherten sogar einen neuen Schuldner aufdrängen könne.

Aber wenn man auch mit *Ehrenberg*[182]) diesen Erwägungen durchschlagende Beweiskraft nicht beimißt, so wird man durch Gedankengänge, die er anstellt, und die auch das Versicherungsaufsichtsgesetz (§ 44) würdigt, doch zu der Annahme kommen müssen, daß eine Abtretung des Versicherungsbestandes rechtsverbindlich für das widersprechende Kassenmitglied beschlossen werden kann.[183])

Wie bereits ausgeführt wurde, kann die Begründung dafür, daß ein Beschluß des obersten Organs eines Gegenseitigkeitsvereins auf Abtretung des Versicherungbestandes für das widersprechende Mitglied nicht rechtswirksam ist, nur daraus hergeleitet werden, daß dem Versicherten ein neuer Schuldner nicht aufgedrängt werden darf. Damit erscheinen aber die Versicherten für das Versicherungsverhältnis lediglich als Gläubiger und Schuldner der Gesellschaft. Man wird also zu der Konsequenz genötigt, sie den übrigen Gläubigern der Gesellschaft, den wirklichen Drittgläubigern, völlig gleichzustellen.

Nun ist aber die Gläubigerstellung der Kassenmitglieder, für welche der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, wesentlich verschieden von der der wirklichen Drittgläubiger. Sie haben insbesondere Befriedigung erst zu erwarten, wenn diese Gläubiger befriedigt sind.[184]) Daraus ergibt sich schon, daß die gesetzlichen Bestimmungen über die Folgen der Auflösung eines Vereins auf Gegenseitigkeit niemals pure anwendbar sind, daß vielmehr für die Liquidation der Versicherungsverhältnisse eine besondere Behandlung Platz greifen muß, und daß hierbei die Stellung der versicherten Mitglieder niemals die Stellung reiner Gläubiger des Vereins haben kann. Dann aber ist es schief, bei der Abtretung des Versicherungsbestandes hier nur an die Einschiebung eines neuen Schuldners an die Stelle des alten zu denken. Sie ist vielmehr zugleich ein Verwaltungsakt des Vereins, der alle Mitglieder in gleicher Weise trifft und den einzelnen nötigt, seinen Willen dem Willen der Mehrheit unterzuordnen.[185])

182) a. a. O. S. 32.

183) Vergl. *Emminghaus,* a. a. O. S. 27; *Schellwien,* a. a. O. S. 289 unten.

184) Dies hat auch das Versicherungsaufsichtsgesetz für die „kleineren Vereine" vorgesehen (§§ 51/53). Es ergibt sich aber aus der Rechtsnatur des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit.

185) So namentlich *Ehrenberg,* a. a. O. S. 33. Auch *Rehm,* Komm., Anm. 1 zu § 14: „Der Beschluß des obersten Vereinsorgans ist für die Mit-

Es ergibt sich also, daß die Abtretung des Versicherungsbestandes für sämtliche Mitglieder einer Werkpensionskasse nach dem vor Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes geltenden Recht sicher dann verbindlich ist, wenn das Statut die Art und Weise der Liquidation der Beschlußfassung von Gesellschaftsorganen überläßt.[186]) Aber selbst wenn dies nicht der Fall ist, wenn das Statut über die Liquidation schweigt oder ausdrücklich Bestimmungen enthält, wird dadurch einem für alle Mitglieder verbindlichen Beschluß des höchsten Organs auf Abtretung des Versicherungsbestandes nicht präjudiziert.[187])

Wenn man, abweichend von der hier vertretenen Ansicht, auch die Mitglieder eines Gegenseitigkeitsvereins hinsichtlich der Abtretung des Versicherungsbestandes lediglich als Vereinsgläubiger behandeln will, so muß auf Verlangen der nicht zu der neuen Gesellschaft übertretenden Mitglieder die bisherige Kasse „in Liquidation" bis zur Beendigung aller Versicherungsverhältnisse weitergeführt werden. Konsequenterweise müßte man dann sogar einfach die Grundsätze des § 52 BGB. zur Anwendung bringen, wonach solange auch das Vermögen der abtretenden Kasse an die übernehmende Gesellschaft nicht ausgeantwortet werden darf, es sei denn, daß den Versicherten für die Befriedigung ihrer Ansprüche ausreichende Sicherheit bestellt wird.

Für diesen Fall fragt es sich weiter, ob diejenigen Versicherten, welche nicht freiwillig zu der neuen Gesellschaft übergetreten sind, nicht die Befugnis haben, wegen Unsicherheit ihres Versicherers, nämlich weil dieser sich selbst der Möglichkeit der Vertragserfüllung beraubt hat, ohne jede Kündigungsfrist vom Vertrage zurückzutreten.[188])

Soweit der Beschluß der Kassenorgane auf Abtretung des Versicherungsbestandes für die Mitglieder verbindlich ist, kann die Verneinung dieser Frage nicht zweifelhaft sein. Wenn die mitgliedschaftliche Seite des Rechtsverhältnisses, in dem die Versicherten zu ihrem Verein stehen, so stark ist, um ihnen wider ihren Willen einen anderen Versicherer aufzudrängen, so kann diese Wirkung nicht dadurch illusorisch gemacht werden, daß sie befugt sind, einfach das ganze Verhältnis aufzulösen; auch hier hat der Einzelwille vor dem Sozialinteresse zurückzustehen.[189]) Wird dagegen der Vereinsbeschluß nicht als für die einzelnen Mitglieder verbindlich anerkannt, so würde ihnen an sich auch ein Rücktrittsrecht wegen Unsicherheit ihres Versicherers

glieder (Versicherten) des abtretenden Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit bindend; denn bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Versicherte, die zugleich dessen Mitglieder sind, stehen diesem Verein vor Eintritt des Versicherungsfalles nicht als reine Gläubiger, sondern als Gläubiger-Mitglieder gegenüber. Daher vertritt das Organ, das sie als Mitglieder vertritt, sie auch als Gläubiger."

[186]) Vergl. auch das Urteil des Reichsgerichts vom 29. XII. 1903, RGZ. N. F. Bd. 6 S. 292 ff.

[187]) So *Ehrenberg*, a. a. O. S. 34.

[188]) Die Geltung dieses Satzes an sich steht für das Versicherungsrecht fest. RGZ. Bd. 60, S. 56. Abgedr. in „Veröffentlichungen, Anhang", 4. Jahrg. S. 35.

[189]) So auch *Ehrenberg*, a. a. O. S. 34.

zuzubilligen sein. Es fragt sich für den Fall der Abtretung des Versicherungsbestandes, ob diese Unsicherheit stets als vorhanden anzusehen ist.[190])

Hier handelt es sich nun nicht um eine förmliche und bestimmte Rechtsregel wie bei § 415 BGB., sondern um eine nach der Billigkeit und der Natur der Sache zu beurteilende Ausgleichung der beiderseitigen Interessen. Es kommt darauf an, ob nach den gesamten Umständen des Falles die wirtschaftliche Situation, die Sicherheit des Versicherten eine Einbuße erlitten hat oder nicht. Dies ist nicht nach der äußeren Tatsache zu bestimmen, daß der bisherige Schuldner sein Vermögen weggegeben hat, sondern danach, wie sich unter Berücksichtigung der gesamten Sachlage die Sicherheit des Versicherten gestaltet.

Das Reichsgericht hat zwar in einem Urteil vom Jahre 1905[191]) die Prüfung, ob die Rechtslage der Versicherten durch die Fusion mit einer kapitalkräftigen Gesellschaft „nicht verschlechtert, vielleicht sogar verbessert" sei, ausdrücklich abgelehnt, und die Frage lediglich danach entschieden, daß die Versicherten in Verfolg der Fusion trotz formeller Weiterhaftung des ursprünglichen Schuldners in Wahrheit an einen anderen Schuldner gewiesen würden, und daß dies ohne ihre Zustimmung nicht geschehen könne. Mit Recht geißelt *Manes*[192]) diese Entscheidung als einen „Sieg der formalen Betrachtung der äußeren Rechtslage (Wechsel in der Person des Schuldners) über die sachliche Würdigung der wirtschaftlichen und wirklichen Bedeutung des Rechtsakts für das widersprechende Mitglied", die um so weniger zu billigen sei, als es sich hier nicht um die Anwendung des dem § 415 BGB. zugrunde liegenden Satzes, sondern um die Prüfung des materiellen Einflusses handle, den der Vorgang nach seinem eigentlichen Kern auf das Versicherungsverhältnis ausüben könne. Demgegenüber ist der Stellungnahme des Oberlandesgerichts *Colmar*[193]) in einem Urteil vom 26. Juni 1903 beizupflichten, das auf die frühere französische Praxis hinweist, die Verträge, nach welchen die übertragende Gesellschaft vereinbarungsgemäß bis zum Erlöschen der letzten Versicherung im Liquidationszustande bestehen und Trägerin der Versicherungsverträge und des Vermögens blieb, nicht als simuliert betrachtet, sondern gerade zu dem Zweck anerkennt, dem Einwande der Substitution eines anderen Schuldners die Spitze abzubrechen.

Selbst wenn man sich also auf den Standpunkt stellt, daß das widersprechende Mitglied das Recht des Gläubigers für sich in Anspruch nehmen kann, daß ihm kein neuer Schuldner aufgedrängt werden darf, ist diesem Recht dadurch Genüge geschehen, daß die alte Kasse als Schuldner aus dem Versicherungsverhältnis formell weiter

[190]) So noch *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 384.

[191]) Fusionsvertrag vom 28. II. 1902 zwischen den englischen Versicherungsgesellschaften Lion und Yorkshire. RGZ. Bd. 60 S. 56, abgedr. in „Veröffentlichungen, Anhang", 4. Jahrg. S. 35.

[192]) Komm., Anm. 4 zu § 14.

[193]) Abgedr. in „Veröffentlichungen, Anhang", 3. Jahrg. S. 29.

besteht und lediglich die Erfüllung der Versicherungsansprüche in die Hände der übernehmenden Gesellschaft gelegt wird.

Nur unter dieser Voraussetzung ist die Frage zu prüfen, ob der Versicherer durch die Abtretung des Versicherungsbestandes die Sicherheit, welche er in seinem Vermögen den Versicherten bisher gewährte, wirklich vermindert hat.[194]) Es ist also zu untersuchen, ob die Erfüllungsübernahme, kraft deren die übernehmende Gesellschaft der abtretenden Kasse gegenüber zur Erfüllung der Ansprüche aller nicht zu ihr übergetretenen Versicherten verpflichtet ist, nicht mindestens denjenigen Vermögenswerten gleichwertig ist, deren sich die Kasse bei der Abtretung des Versicherungsbestandes entäußert hat. Hierbei ist einmal zu beachten, daß der Erfüllungsanspruch allerdings nur ein Forderungsrecht gegen die übernehmende Gesellschaft bildet, daß aber anderseits auch die abgetretenen Aktiven nur zum Teil aus Barbeständen und Geldanlagen, zum großen Teil aber wohl ebenfalls aus Forderungen (auf Prämien oder Nachschüsse) bestanden haben, und insoweit diese große Forderung gegen eine Versicherungsgesellschaft gewiß wertvoller und sicherer ist, als die vielleicht nur geringen Barbestände der alten Kasse und ihre zahlreichen, oft gar nicht oder nur im Prozeßwege eintreibbaren Forderungen gegen die Mitglieder. Dazu kommt für die der Aufsicht unterstehenden Kassen, daß seit dem Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 12. Mai 1901 die in der Fusion enthaltene Bestandsveränderung nach § 14 dieses Gesetzes der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf. Diese hat hierbei nach § 7 Nr. 2 desselben Gesetzes gerade die hinreichende Wahrung der Interessen der Versicherten und die dauernde Erfüllbarkeit der aus den Versicherungen sich ergebenden Verpflichtungen vorzugsweise ins Auge zu fassen, so daß hierdurch „in der denkbar sachverständigsten Weise“ eine Verschlechterung der Lage des Versicherten ausgeschlossen ist. Demnach kann eine von der Aufsichtsbehörde nach pflichtmäßigem Ermessen genehmigte Bestandsveränderung keinen Grund zu der Annahme einer Unsicherheit des Versicherers abgeben und die Versicherten zum Rücktritt nicht berechtigen. Der einzelne kann nicht nach freiem Ermessen die gebotene Sicherheit für unzulänglich erklären und ablehnen. Ihn bindet der ordnungsmäßig zustande gekommene Beschluß der Gesamtheit, d. h. des die Gesamtheit vertretenden Organs und die nach Prüfung der Voraussetzungen des § 7 erteilte Genehmigung des Aufsichtsamts.[195])

[194]) Auch das Reichsgericht selbst hat in einem neueren Urteil vom 6. IX. 1908 (abgedr. in „Veröffentlichungen, Anhang“, 8. Jahrg. S. 7) anerkannt, daß ein Unsicherwerden des Versicherers keineswegs daraus allein entnommen werden könne, daß seine Rechtspersönlichkeit gewissermaßen in der übernehmenden Gesellschaft aufgehe; vielmehr müsse die Rechtslage der bei der aufgelösten Gesellschaft Versicherten hierdurch zunächst notwendig verbessert werden, da ihnen bei normaler Handhabung nunmehr zwei gesonderte Vermögensmassen statt der bisherigen einen hafteten.

[195]) So das Aufsichtsamt in „Veröffentlichungen“, 3. Jahrg. S. 95, 4. Jahrg. S. 72, 5. Jahrg. S. 96. Hier wird hervorgehoben, daß diese Ansicht auch in der Rechtsprechung immer mehr Boden gewinne. Namentlich das Oberlandesgericht Dresden vertritt in einem Urteil vom 29. Dezember 1905

Die gegenteilige Meinung müßte zu dem Ergebnis führen, daß durch den fast nie zu vermeidenden Widerspruch einzelner Mitglieder die Abtretung des Portefeuilles gehindert werden könnte.

Damit gelangt man zu folgendem Ergebnis: Wenn, abweichend von der oben vertretenen Ansicht, ein Beschluß der Kassenorgane auf Abtretung des Portefeuilles als für die Mitglieder der Kasse verbindlich nicht erkannt wird, weil er dem Grundsatz des § 415 BGB. Abs. 1 widerspricht, so ist die Kasse „in Liquidation" bis zur Beendigung aller Versicherungsverhältnisse weiterzuführen. Unter der gleichen Annahme sind die nicht zu der anderen Gesellschaft übertretenden Versicherten außerdem befugt, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung der Kündigungsfrist aufzugeben, es sei denn, daß nach sachverständigem Gutachten ihre Sicherheit durch die Abtretung des Portefeuilles nicht gelitten hat. Die Übertragung des Portefeuilles bietet an sich keinen hinreichenden Anlaß, Unsicherheit des bisherigen Versicherers anzunehmen.

Mit Recht will das Aufsichtsamt,[196]) daß der Widerspruch des einzelnen Mitgliedes die Ausführung des auf Übertragung des Vermögens an die übernehmende Gesellschaft gerichteten Beschlusses der Gesamtheit hindern kann auch dann nicht, wenn es an einer Satzungsbestimmung, daß die Generalversammlung über die Art der Liquidation zu bestimmen hat, fehlt. Bleibt die übertragende Kasse nicht bis zur Beendigung aller Versicherungsverhältnisse im Liquidationszustande bestehen, so folgt daraus, wenn man nach wie vor im Gegensatz zu der hier vertretenen Auffassung die Anwendbarkeit von § 415 BGB. unterstellt,[197]) das Recht des Mitglieds, sich vom Vertrage loszusagen.

Aus der Vermögensübertragung erwächst kein Anspruch der Versicherten auf Rückzahlung der sämtlichen Beiträge (da der Versicherer bisher das Risiko getragen hat) noch der gesamten Prämienreserve, oder gar auf Ausschüttung eines entsprechenden Teils des vorhandenen Vermögens.[198]) Eine Rückvergütung kann nur insoweit verlangt werden, als sie im einzelnen Falle nach der Satzung bzw. den Versicherungsbedingungen der sich auflösenden Kasse im Falle des freiwilligen Austritts oder der Einstellung der Prämienzahlung zulässig ist. Von

(„Veröffentlichungen, Anhang", 5. Jahrg. S. 41) scharf den Standpunkt, daß nach einem der Abtretung zustimmenden Votum des Aufsichtsamts der Bemängelung des Vorgangs durch den einzelnen Versicherungsnehmer kein Gewicht beigelegt werden könne. *Ehrenberg:* „Die Abtretung des Portefeuilles", a. a. O. S. 38, will bei Genehmigung der Bestandsveränderung durch die Aufsichtsbehörde den Nachweis des Widersprechenden, daß der übernehmende Teil trotz Genehmigung des Aufsichtsamts nicht sicher sei, rechtlich abgeschnitten wissen.

[196]) „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 95 ff.

[197]) So „Veröffentlichungen", a. a. O. S. 96.

[198]) An erster Stelle muß der Inhalt der Satzung entscheiden. Häufig enthält diese bereits die Bestimmung, daß die Mitglieder sich solchen Beschlüssen auf Abtretung des Versicherungsbestandes zu unterwerfen haben. Soweit die Satzung für den Fall der Auflösung den einzelnen Mitgliedern einen bestimmten Anteil am Vermögen zuweist, muß hiernach gegenüber ausscheidenden Mitgliedern verfahren werden. („Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 95.)

dieser Rückvergütung abgesehen beschränkt sich der Anspruch des widersprechenden Mitgliedes lediglich auf die Sicherstellung des erworbenen Versicherungsanspruchs. Es leuchtet ein, daß das Widerspruchsrecht des einzelnen Versicherungsnehmers praktisch überaus geringen Wert hat. Auch in dem zuletzt erwähnten Falle, in dem ein Anspruch des widersprechenden Mitgliedes auf Sicherstellung seines Versicherungsanspruchs vorliegt, nimmt das Aufsichtsamt[199]) richtig an, daß diese Sicherstellung gerade am vollkommensten durch die Übertragung des gesamten Versicherungsbestandes mit allen seinen Reserven auf eine leistungsfähige Unternehmung bewirkt wird. Ob im einzelnen Falle die den Versicherungsbestand aufnehmende Gesellschaft tatsächlich leistungsfähig und vertrauenswürdig ist, das nachzuprüfen ist nicht Sache des einzelnen Versicherten, sondern der Gesamtheit und der Aufsichtsbehörde. Der einzelne kann nicht nach seinem Ermessen die gebotene Sicherstellung für unzulänglich erklären und ablehnen. Ihn bindet auch hier der ordnungsmäßig zustande gekommene Beschluß der Gesamtheit.

Wesentlich einfacher liegt die Beantwortung der Frage nach der Abtretung des Versicherungsbestandes bei denjenigen Pensionskassen, welche sich als „kleinere Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit" im Sinne des § 53 des Versicherungsaufsichtsgesetzes darstellen. Für sie kann nämlich diese Abtretung nach § 44 (§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1) VAG. durch das oberste Organ beschlossen werden, und zwar bedarf es zu einem solchen Beschlusse einer Mehrheit von drei Vierteilen der abgegebenen Stimmen, sofern nicht die Satzung andere Erfordernisse aufstellt.[200]) Außerdem ist nach § 14 VAG. Genehmigung der für die beteiligten Gesellschaften zuständigen Aufsichtsbehörde erforderlich, die nur aus denselben Gründen[201]) versagt werden darf, aus denen auch eine Versagung der Konzession zulässig wäre. Im gegebenen Falle würde die Aufsichtsbehörde in der Hauptsache zu prüfen haben, ob Leistung und Gegenleistung dem Interesse der Versicherten beider Gesellschaften entsprechen. In erster Linie hat sie dabei zu untersuchen, ob Vermögenslage und Verwaltung der übernehmenden Gesellschaft den Versicherten der abtretenden Kasse ausreichende Sicherheit für die Erfüllung ihrer Ansprüche bieten.

Gemäß den beiden gesetzlichen Voraussetzungen einer wirksamen Abtretung des Portefeuilles ist nun aber einmal wieder zu fragen, ob die Beschlußfassung durch das höchste Gesellschaftsorgan für die Versicherten der abtretenden Gesellschaft verbindlich ist und gesetzt den Fall, daß diese Frage verneint wird, ferner, ob dann die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde jenen Beschluß für die Versicherten verbindlich macht.

Für die Beantwortung der Frage nach der Verbindlichkeit des die Abtretung des Versicherungsbestandes festsetzenden Beschlusses des obersten Organs für die Mitglieder ist der Rechtscharakter der

---

[199]) „Veröffentlichungen", 3. Jahrg. S. 102.

[200]) Leichtere oder schwerere, z. B. Mitwirkung weiterer Vereinsorgane, Beteiligung eines bestimmten Betrages der Versicherungssumme.

[201]) § 7 VAG.



Vorschriften des Aufsichtsgesetzes, namentlich der des dritten Abschnittes, entscheidend. Aus dem früher in dieser Beziehung Gesagten[202]) ergibt sich für den hier in Betracht kommenden § 44 (43) des Gesetzes, daß es nicht angängig ist, ihn als bloße Direktive für die Aufsichtsbehörde zu betrachten, nämlich als Angabe der Voraussetzungen, unter denen sie allein die Abtretung des Versicherungsbestandes einer Gesellschaft genehmigen dürfen. Vielmehr gibt das Gesetz damit zugleich die Voraussetzungen an, unter denen diese Abtretung gültig, d. h. für die Mitglieder bindend ist;[203]) denn bei Gegenseitigkeitsgesellschaften muß sich beides decken. „Wäre dies nicht der Fall," führt *Ehrenberg*[204]) aus, „so würde der Gesetzgeber ja die Gegenseitigkeitsvereine geradezu zu Rechtsverletzungen verführen. Er würde sie autorisieren, durch eine Majorität von Vereinsmitgliedern einen Rechtsakt zu beschließen, während dessen eigentliches rechtliches Erfordernis, die Zustimmung aller Mitglieder, noch aussteht."

Jetzt gilt also schon von Gesetzes wegen dasjenige, was früher nur dann mit Sicherheit anzunehmen war, wenn das Statut den Kassenorganen die Art und Weise der Liquidation freistellte, ohne eine solche Statutenbestimmung, aber nur indirekt, aus gewissen unhaltbaren Rechtswirkungen erschlossen werden konnte. Der Majoritätsbeschluß ist bindend für alle Mitglieder, und damit wird die Schuldübernahme, welche bei jeder Abtretung des Versicherungsbestandes in erster Linie beabsichtigt ist, für alle Mitglieder der abtretenden Gesellschaft wirksam, auch ohne daß es deren besonderer Zustimmung bedarf.[205])

Die Erfüllung des Vertrages darf erst erfolgen nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden, die Mitglieder sind jedoch schon vorher gebunden. Sogar ein Widerspruchsrecht, wie es bei einem gewöhnlichen Auflösungsbeschluß jedem Mitglied der Majorität nach § 43 Abs. 2 Satz 2 VAG. zusteht, ist hier versagt, indem ausdrücklich nur der erste Satz des § 43 Abs. 2 im Falle des § 44 für anwendbar erklärt wird.

Die in der „Begründung" zum Entwurf des Versicherungsaufsichtsgesetzes[206]) vertretene Ansicht, daß die bisherige Anstalt ihren der Fusion nicht zustimmenden Mitgliedern gegenüber für die weitere Erfüllung verantwortlich bleibt, und daß hinsichtlich dieser Mitglieder eine gesonderte Vermögensverwaltung vorgesehen sein muß,[207]) ist nicht zutreffend.[208]) Sie würde sich nur aus der Auffassung recht-

---

[202]) Vgl. S. 344 ff.

[203]) So *Ehrenberg*, a. a. O. S. 36. Siehe auch *Schellwien*, a. a. O. S. 290.

[204]) a. a. O. S. 36.

[205]) So *Ehrenberg*, a. a. O. S. 37, *Rehm*, Komm., Anm. 1 zu § 14, *Manes*, Komm., Anm. 6 zu § 14: Ein Sonderrecht des einzelnen Mitgliedes, seinen Widerspruch dem Gesamtwillen entgegenzusetzen, kann nicht anerkannt werden. § 44 VAG. ergibt in bedenkfreier Weise, daß dem obersten Organ die Beschlußfassung auch über eine Fusion zusteht.

[206]) a. a. O. S. 192.

[207]) So auch *Könige*, Komm., Anm. zu § 44, *Knebel-Doeberitz*, Komm., Anm. 89 zu § 44.

[208]) So auch *Manes*, Komm., Anm. 1 zu § 44, Anm. 6 zu § 14.

fertigen lassen, daß ein Sonderrecht des Mitglieds aus § 415 BGB. gegeben ist. Würde man selbst die Existenz eines solchen Sonderrechts für die Kassenmitglieder grundsätzlich annehmen, so würde im § 44 eine gesetzliche Ausnahme von dem Grundsatze, daß eine Schuldübernahme ohne Genehmigung des Gläubigers nicht wirksam ist, vorliegen. Ein solches Sonderrecht liegt aber, wie bereits ausgeführt, selbst grundsätzlich gar nicht vor. Vielmehr hat jedes Mitglied einer Gegenseitigkeitsgesellschaft, indem es dieser beitrat, die Verfügung über sein Genehmigungsrecht im Interesse der Gesamtheit aufgeben und dem höchsten Organ der Gesellschaft überlassen müssen; dies war eine Vorbedingung für seine Aufnahme. Ähnlich wie eine Erhöhung der Prämie (in Gestalt von Nachschüssen) zum Wohle der Gesamtheit ihm auferlegt werden kann, so hat jedes Mitglied einer Gegenseitigkeitsgesellschaft auch stillzuhalten, wenn ihm eine andere Gesellschaft als Versicherer aufgedrängt wird. Der Individualwille muß eben, und zwar hier von Gesetzes wegen, dem Sozialinteresse weichen.[209]) Ein Widerspruchsrecht der Mitglieder gegen die Fusion ist also ebensowenig gegeben, als eine Weiterhaftung der alten Kasse gegenüber den widersprechenden Mitgliedern, noch deren Befugnis wegen der durch die Abtretung des Versicherungsbestandes entstandenen Unsicherheit ihres Versicherers vom Vertrage zurückzutreten.[210])

Damit erledigt sich auch die zweite Frage, ob die Genehmigung der Abtretung des Versicherungsbestandes durch die Aufsichtsbehörde nach § 14 VAG. den an sich nicht verbindlichen Beschluß des höchsten Organs für die Mitglieder verbindlich macht. Die Beschlußfassung des höchsten Organs ist ja für die Mitglieder verbindlich. Die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, die sich nur auf die in der Fusion enthaltene Bestandsveränderung, nicht dagegen auf die etwa damit verbundene Vermögensübertragung erstreckt,[211]) hat keine privatrechtliche Wirkung. Ihr Fehlen macht die Abtretung an sich nicht ungültig, sondern berechtigt die Aufsichtsbehörde nach §§ 64 und 67 VAG. nur zum Einschreiten im Aufsichtswege.[212]) Die vorgenommenen Rechtsakte bleiben in Kraft.

Das Aufsichtsamt hat rechtliche Zweifel hinsichtlich der Verschmelzung rechtsfähiger Versicherungsvereine im Wege völliger Fusion.[213]) Ihm erscheint es einmal fraglich, ob bei einer Übernahme der Versicherten in der Form, daß diese Mitglieder der neuen Gesellschaft werden, noch von der Übertragung eines Versicherungsbestandes in Sinne des § 14 VAG., bei der begriffsmäßig, abgesehen von der Person des Versicherers, die früheren Rechtsbeziehungen in der Hauptsache erhalten bleiben, gesprochen werden kann. Es weist

---

[209]) So *Ehrenberg*, a. a. O. S. 37 und 38.
[210]) So auch *Schellwien*, a. a. O. S. 290.
[211]) So auch das Aufsichtsamt. Vgl. *Schellwien*, a. a. O. S. 271.
[212]) Ebenso: Bericht der VII. Kommission, a. a. O. S. 1727. *Rehm*, Komm., Anm. 5 zu § 14; *Manes*, Komm., Anm. 4 zu § 14; *Ehrenberg*, a. a. O. S. 30, 37; *Schellwien*, a. a. O. S. 271.
[213]) „Veröffentlichungen", 7. Jahrg. S. 115.

darauf hin, daß neben dem Wechsel des Versicherers häufig der ganze übrige Inhalt der Rechtsverhältnisse anders geordnet werden müsse, daß die früheren Rechtsbeziehungen durch eine völlig neugeartete Rechtslage ersetzt würden. Ferner hält es das Aufsichtsamt für zweifelhaft, ob es für das Aufgehen eines rechtsfähigen Versicherungsvereins in einen anderen, derart, daß die Mitglieder des ersteren nunmehr Mitglieder des letzteren werden, einen sicheren Rechtsboden gibt. Das bürgerliche Recht habe zwar die Verschmelzung zweier Aktiengesellschaften geordnet, nicht aber die Vereinigung zweier Versicherungsvereine. Das Aufsichtamt gibt deshalb den Rat, daß die Mitglieder der sich auflösenden Kasse bei dem anderen Verein nur Versicherte gegen Prämie werden. Auch *Rehm*[214]) hält das Mitglied der alten Kasse zur Annahme der Mitgliedschaft in dem übernehmenden Verein nicht für verpflichtet. Mitgliedschaft beruhe auf freiem Willen. Daher endige sie bei Abtretung des ganzen Versicherungsbestandes.[215]) Zutritt zum übernehmenden Verein als Mitglied setze ausdrücklich oder stillschweigend erklärten Beitritt voraus.

Grundsätzlich ist aber zu bestreiten, daß man bei der Verschmelzung rechtsfähiger Versicherungsvereine begriffsmäßig von der Übertragung eines Versicherungsbestandes im Sinne des § 14 VAG. überhaupt nicht reden könne.[216]) Es ist Sache des Fusionsabkommens, die Schwierigkeiten zu überwinden, die sich hinsichtlich der Regelung der Nachschußpflicht, der Teilnahme des einzelnen Mitgliedes an der Leitung der Vereinsgeschäfte, der Änderung der allgemeinen Versicherungsbedingungen und dergleichen zweifellos ergeben. Findet sich hierzu ein Weg, der die beiderseitigen Interessen so wahrt, daß die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erteilt werden kann und ein Widerspruch des einzelnen Mitgliedes zivilrechtlich nach den vorhergegangenen Ausführungen unbeachtlich wird, so steht einer reinen Verschmelzung der beiden Vereine rechtlich ebensowenig im Wege wie bei der Aktiengesellschaft.[217]) § 44 VAG. bietet hierfür einen ausreichenden Rechtsboden.

Anders ist die Stellung derjenigen Personen zu beurteilen, für die der Versicherungsfall bereits eingetreten ist und die häufig, z. B. als Hinterbliebene der Versicherten, niemals Mitglieder der Kasse gewesen sind. Sie sind den wirklichen Drittgläubigern der Gesellschaft völlig gleichzustellen.[218]) Als solche erfreuen sie sich auch derselben

---

[214]) Komm., Anm. 3 zu § 20.

[215]) So auch *Wörner*, a. a. O. S. 173.

[216]) *Manes*, Komm., Anm. 6 zu § 14. Vgl. auch *Rehm*, Komm., Anm. 9 zu § 43.

[217]) Ebenso *Schellwien*, a. a. O. S. 290, der auf § 419 BGB. hinweist. Auch RGZ. N. F. Bd. VI S. 295 erklärt für den Fall der Auflösung des Versicherungsvereins die Liquidation in der Form der Verwertung des Gesellschaftsvermögens durch Veräußerung des Vermögens im ganzen ausdrücklich für zulässig. In dem ihm zur Beurteilung unterliegenden Fall handelte es sich um einen vor dem Inkrafttreten des Versicherungsaufsichtsgesetzes bereits aufgelösten Verein.

[218]) So auch *Ehrenberg*, a. a. O. S. 43. § 51 VAG. zieht diese Konsequenz nur mit Einschränkung. Siehe hierüber vor allem S. 356 ff.

Schutzmaßregeln wie jene. Daher kann die Gesellschaft ihnen auch nicht durch Abtretung des Versicherungsbestandes einen anderen Schuldner aufdrängen. Also gilt für sie grundsätzlich die Alternative: Weiterexistenz der bisherigen Gesellschaft „in Liquidation" oder Sicherheitsleistung. Aber da auch hier die Abtretung des Versicherungsbestandes zugleich eine eventuelle Erfüllungsübernahme enthält und da sie jetzt stets von der Aufsichtsbehörde genehmigt sein muß, so steht fest, daß sich auch die Stellung dieser Pensionsempfänger sicherlich nicht verschlechtert hat. Daraus ergibt sich aber, daß ein Recht auf Rücktritt vom Vertrage den Pensionsempfängern nicht zusteht. Es ergibt sich aber weiter, daß auch hier ein Grund zur formellen Weiterexistenz der Gesellschaft „in Liquidation" nicht besteht. Wenn die Gesellschaft schon vor dem 1. Januar 1902 aufgelöst wurde, gilt dies nur dann, wenn anderweitig durch Sachverständige festgestellt wurde, daß die Lage der Versicherten durch die Abtretung des Versicherungsbestandes keine Einbuße erlitten hat.[219])

f) Der Anspruch auf die Liquidationsquote.

Wie man den Anspruch der Kassenmitglieder auf Empfang eines ordnungsmäßigen Anteils aus dem Vermögen der liquidierenden Kasse auch sonst auffassen oder auslegen mag,[220]) soviel steht fest, daß er geradezu ein typisches Beispiel für ein Recht als bloßer Ausfluß der allgemeinen Zugehörigkeit zur Kasse, sozusagen ein jus naturale aller ihrer Mitglieder ist.

Hier ist es von Bedeutung, daß diese Kassen sich als *Vereine* darstellen.[221]) Bei dem Verein verbleibt es bei der Regel, daß allgemeine

---

[219]) Die Pensionsempfänger stehen den versicherten Nichtmitgliedern eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit gleich. Diese sind im Hinblick auf die hier behandelte Frage nicht anders zu behandeln als die Versicherten einer Aktiengesellschaft (*Manes*, Komm., Anm. 6 Abs. 2 zu § 14; *Schellwien*, a. a. O. S. 290). Für diese steht auch das Aufsichtsamt („Veröffentlichungen", 4. Jahrg. S. 72, 5. Jahrg. S. 96, 8. Jahrg. S. 195) auf dem Standpunkt, daß sie gehalten sind, bei aufsichtsbehördlicher Genehmigung der Fusion die übernehmende Gesellschaft als neuen Schuldner bzw. Gläubiger anzusehen. Siehe auch *Emminghaus*, Leipziger Zeitschrift 1908, S. 26, *Rehm*, Komm., Anm. 1 zu § 14.

[220]) *Wimpfheimer*, a. a. O. S. 167 ff., lehnt ihn als Ausfluß eines Sonderrechts des Mitglieds ab, indem er das verbandsfeindliche, individuell betonte Moment als Maßgabe für die Qualifizierung eines Sonderrechts in den Vordergrund treten läßt. Nach ihm können also alle jene Berechtigungen nicht als Sonderrechte anerkannt werden, die statutenmäßig jedem Mitglied ohne Rücksicht auf seine Persönlichkeit bei Erfüllung gewisser Bedingungen zustehen. Dieser Begriff erscheint zu eng.

[221]) Für die „Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit" im Sinne des Abschnitts III VAG. geht das unmittelbar aus dem Abschnitt III des Versicherungsaufsichtsgesetzes hervor. Nach § 53 VAG. finden auf diese Vereine, wenn sie, wie die Werkpensionskassen, „kleinere Vereine" sind, in der Hauptsache die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die rechtsfähigen Vereine Anwendung. Für die sonstigen Kassen vgl. in dieser Beziehung: *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 104 ff.; „Veröffentlichungen", 5. Jahrg. S. 67, 6. Jahrg. S. 73; *Könige*, Komm., Anm. zu § 103; *Manes*, Komm., Anm. 3 zu § 68, Anm. 3 zu § 103; *Götze*, a. a. O. S. 43.

Mitgliedsrechte der Verbandsautonomie grundsätzlich unterworfen sind. Zwar schreiben manche auch dem Verein unentziehbare allgemeine Mitgliedschaftsrechte zu.[222]) Aber sicher ist, daß ihm die persönliche Beziehung zwischen Mitglied und Vermögensanteil fehlt.[223]) Er ist lediglich eine personelle Assoziation. Werden Beiträge geleistet, so treten sie nicht nur wirtschaftlich, sondern auch rechtlich vollkommen aus der Vermögenssphäre des Mitglieds heraus und gehen absolut und ausschließlich in die des Vereins als einer durchaus gesonderten und getrennten Persönlichkeit über. Es steht auch den Vereinsmitgliedern als völlig fremde Vermögensmasse gegenüber, und deshalb wird man grundsätzlich die Zugehörigkeit zu einem Verein nicht als Vermögenswert und das Recht auf sie nicht als Vermögensrecht ansehen können.

Dies kommt bei den Versicherungsgemeinschaften auf Gegenseitigkeit besonders klar zum Ausdruck.[224]) Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit dient zwar auch wie die Aktiengesellschaft grundsätzlich den materiellen Zwecken seiner Mitglieder, aber diese sind hier erfüllt durch Verteilung des Risikos auf mehrere Schultern und einmalige Auszahlung eines gewissen Betrages unter bestimmten Voraussetzungen (der Versicherungssumme),[225]) während dort ein Bruchteil des Gesellschaftskapitals ständig auf Gewinn und Verderb des einzelnen Mitglieds arbeitet. Es bestehen hier nur Beziehungen zwischen Einzel- und Gesamtpersönlichkeit, nicht auch solche zwischen Einzel- und Gesamt*vermögen*. Auch wenn der Verein Rücklagen sammelt, so ist rechtlich wie wirtschaftlich Eigentümer dieser Rücklagen nur der Verein, nicht aber sind es die Mitglieder.

Hierbei ist es für die vorliegende Untersuchung gleichgültig, daß dieser Vereinscharakter je nach Alter und Art der Kassen verschieden ist; denn sowohl in der Korporation des gemeinen Rechts,[226]) wie im nichtrechtsfähigen[227]) und vollends im rechtsfähigen Verein des bürgerlichen Rechts kommt der lose Zusammenhang zwischen Vereinsmitgliedern und Vereinsvermögen deutlich zum Ausdruck.[228])

Damit soll nur betont sein, daß an sich materielle, aus der Vereinsangehörigkeit fließende Berechtigungen keine andere oder wich-

---

[222]) Siehe *Dernburg*, BGB. I, § 67 S. 204; *Cosack*, BGB. I, § 34 N. 8.

[223]) Hierin liegt der Unterschied gegenüber der *gesellschaftlichen* Beteiligung. Vgl. namentlich *Geiler*, Verein und Gesellschaft, in Leipziger Zeitschrift für Handels- usw. Recht, V. Jahrg. (1911), S. 506 ff., *Wimpfheimer*, a. a. O. S. 179 ff.

[224]) *Geiler*, a. a. O. S. 509.

[225]) Und dieses Recht kann nicht beeinträchtigt werden; vgl. *Cosack*, Lehrbuch des Handelsrechts, § 131 S. 700, b. β), vgl. auch *Manes*, Komm., Anm. 3 zu § 43, *Sievers*, a. a. O. S. 579, 584.

[226]) *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 105.

[227]) Vgl. namentlich *Gierke*, Vereine ohne Rechtsfähigkeit. Auch *Staudinger*, Anm. B VII 1 zu § 54.

[228]) *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 149, will auch für den Fall, daß die „Gegenseitigkeitsgesellschaft" Korporationscharakter hat, für das gemeine Recht annehmen, daß das übrig bleibende Aktivvermögen unter diejenigen zu verteilen ist, welche zur Zeit des Eintritts des Auflösungsgrundes Mitglieder gewesen sind.

tigere Rolle spielen wie jede andere mit der Mitgliedschaft verbundene Befugnis. Wenn daher die Mitgliedschaftsrechte prinzipiell der Änderung und Aufhebung durch Mehrheitsbeschlüsse der Mitgliederversammlung unterliegen und nichts für eine Ausnahmestellung des Anspruchs auf die Liquidationsquote spricht, so muß auch dieser dem Mehrheitswillen unterworfen sein.[229]) Dafür spricht auch, daß nach der herrschenden Meinung des gemeinen Rechts[230]) sowohl als auch nach dem BGB.[231]) und dem Versicherungsaufsichtsgesetz[232]) zunächst die Satzung des Vereins die Anfallberechtigten bestimmt. Der Anspruch auf die Liquidationsquote stellt demnach sicherlich kein unentziehbares gesetzliches Sonderrecht der Mitglieder dar.[233]) Ist zur Zeit der Kassenauflösung das Vermögen satzungsgemäß anderen Anfallsberechtigten bestimmt, so können die Kassenmitglieder an ihm keine Sonderrechte geltend machen.

Die Satzung kann die Anfallberechtigten unmittelbar oder mittelbar bestimmen. Für die rechtsfähigen Werkpensionskassen geht das aus § 45 Abs. 2 ausdrücklich hervor. Nach ihm kann die Satzung vorschreiben, daß die Anfallberechtigten durch einen Beschluß der Mitgliederversammlung oder eines anderen Vereinsorgans bestimmt werden.[234]) Dagegen kann die Satzung nicht eine außerhalb des Vereins stehende Person[235]) zur Bestimmung der Anfallberechtigten beauftragen oder ermächtigen. Die Satzung kann auch verschiedene Anfallberechtigte hintereinander berufen für den Fall, daß eine vorher berufene Person den Anfall des Vereinsvermögens ausschlägt.[236])

Weiter fragt es sich, ob eine Satzungsbestimmung, auf Grund deren den Kassenmitgliedern ein Anspruch auf die Liquidationsquote eingeräumt wird, ein statutarisches Sonderrecht dieser Mitglieder konstituiert, welches nur durch die Zustimmung aller davon betroffenen

---

[229]) Siehe *Wimpfheimer*, a. a. O. S. 180, und die dort angegebene Literatur.

[230]) So *Staudinger*, Komm. zu BGB. I. Bd. Anm. II, 5 zu § 45. Siehe auch *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 135, aber auch S. 149.

[231]) *Staudinger*, ebenda. — Soweit Kassen als nicht rechtsfähige Vereine in Betracht kommen, vgl. *Staudinger* a. a. O. Anm. B IX zu § 54 und namentlich *Gierke*, Vereine ohne Rechtsfähigkeit, a. a. O. S. 47: „In materieller Hinsicht kann das Vermögen des aufgelösten (nicht rechtsfähigen) Vereins gleichen Schicksalen wie die Hinterlassenschaft eines rechtsfähigen Vereins unterworfen sein." — Für Kassen als rechtsfähige Vereine läßt es § 45 BGB., der nach § 53 Abs. 2 VAG. für die Vermögensverteilung bei der Auflösung der „kleineren Vereine", mithin auch der rechtsfähigen Werkpensionskassen in Frage kommt, grundsätzlich Sache der Satzung sein, Bestimmungen darüber zu treffen, an wen im Falle der Auflösung des Vereins das Vermögen fallen soll.

[232]) § 48 VAG. So auch *Sievers*, a. a. O. S. 584.

[233]) Vgl. für das gemeine Recht *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 130, 131; für den nicht rechtsfähigen Verein *Staudinger*, a. a. O. Anm. B VII, 1. Abs. 2 und B IX zu § 54. Für den rechtsfähigen Verein z. B. *Rehm*, Komm., Anm. 8 zu § 41.

[234]) Nach § 48 VAG., der für „kleinere Vereine" nicht gilt, kann die Satzung nur vorschreiben, daß das oberste Organ die Anfallberechtigten bestimmt.

[235]) Z. B. den Arbeitgeber.

[236]) *Staudinger*, a. a. O. Anm. II, 5 b und e zu § 45.

Mitglieder wieder aufgehoben werden kann, oder ob diese Bestimmung durch einfachen oder qualifizierten Majoritätsbeschluß des Vereinsorgans geändert werden kann.

Wenn in erster Linie die Verfügungsgewalt über das Vereinsvermögen bei der Satzung liegt, so hat das seinen Grund darin, daß eben, wie oben gesagt, Individualrechte des einzelnen Mitgliedes an diesem Vermögen nicht bestehen. Demnach entspringt der Absatz III des § 45 BGB., der für Vereine, die ausschließlich den Interessen ihrer Mitglieder dienen, vorschreibt, daß für den Fall des Fehlens einer Bestimmung der Anteilberechtigten, das Vermögen an die zur Zeit der Auflösung vorhandenen Mitglieder fällt, wie auch die Motive[237]) betonen, lediglich Zweckmäßigkeits- und Billigkeitsgründen und nicht einer inneren logisch rechtlichen Notwendigkeit. An sich hätten andere Anteilsberechtigte durch die Satzung eingesetzt werden können.

Um zu dem Ergebnis zu kommen, daß ein einmal statutarisch festgesetztes Recht der Mitglieder auf die Liquidationsquote durch die Satzung nicht mehr abänderbar ist, müßte man ihm schon die Bedeutung beimessen, daß es für das Durchschnittsmitglied solche Wichtigkeit besitzt, daß es ohne dieses dem Verein nicht beigetreten wäre.[238]) Das kann man aber bereits deshalb nicht, weil das Mitglied grundsätzlich lediglich die Abschließung eines Versicherungsvertrages bezweckt,[239]) dieser Vertrag aber durch die Rechte an dem Vereinsvermögen in keiner Weise berührt wird.[240]) Da mithin der Anspruch des Mitgliedes auf die Liquidationsquote nur aus dem Sozialwillen herzuleiten ist, der sich hierbei des Ausdrucksmittels des Statuts bedient, so ist ersichtlich, daß durch den Mehrheitswillen dieser Punkt der Satzung jederzeit wieder geändert, der Anspruch also wieder aufgehoben werden kann.[241])

Enthält die Satzung über die Verteilung des Vermögens im Falle der Auflösung nichts, d. h. trifft sie selbst keine positiven Bestimmungen und bezeichnet sie auch nicht das Organ (etwa die Mitgliederversammlung), das solche Bestimmungen treffen kann, so fällt, wie bereits ausgeführt, nach § 45 BGB. das Vermögen an die zur Zeit der Auflösung vorhandenen Mitglieder, da Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit ausschließlich dem Interesse ihrer Mitglieder dienen. Das ist auch für das gemeine Recht[242]) und für die nicht rechts-

---

[237]) Motive zum BGB. I. § 49 S. 109 ff.

[238]) Siehe *Rehm*, Komm., Anm. 8 zu § 41; *Manes*, Komm., Anm. 2 zu § 41, hält diesen Gesichtspunkt „praktisch für wenig förderlich“.

[239]) *Ehrenberg*, Verhandlungen des Deutschen Juristentages, a. a. O. S. 65 ff.

[240]) Wohl entspringen auch aus dem Mitgliedschaftsverhältnis Sonderrechte, wie z. B. das auf Gleichheit von Beiträgen und Leistungen (*Rehm*, Komm., Anm. 8 zu § 41), aber dieses Recht ist durch die Satzung überhaupt nicht abänderbar (*Sievers*, a. a. O. S. 576).

[241]) So auch die Motive zum BGB I S. 111 und die Protokolle der Kommission für die zweite Lesung des Entwurfs des BGB. I S. 543. Ebenso *Gierke*, a. a. O. S. 47, *Leist*, Untersuchungen zum inneren Vereinsrecht, a. a. O. S. 157, *Staudinger*, a. a. O. Anm. II 5a zu § 45, *Wimpfheimer*, a. a. O. S. 180 und die dort angegebene Literatur.

[242]) *Ehrenberg*, Versicherungsrecht, a. a. O. S. 135.

fähigen Vereine[243]) anzunehmen. Sowohl eine Satzungsbestimmung als auch eine auf der Satzung beruhende Verfügung eines Vereinsorgans, wodurch die Anfallberechtigten bezeichnet werden, kann nur vor der Auflösung des Vereins ergehen. Denn von dem Augenblicke an beschränkt sich die Zuständigkeit der Vereinsorgane auf den Liquidationszweck; zu dem gehört aber die Bezeichnung der Anfallberechtigten nicht.[244]) Soll nach der Auflösung eine Bestimmung hinsichtlich der Anfallberechtigten getroffen werden, so geht das nur bei ausdrücklichem Verzicht aller Mitglieder auf ihre Rechte an dem Vereinsvermögen.[245])

Die Mitgliederversammlung kann ohne satzungsmäßige Ermächtigung durch einfachen Mehrheitsbeschluß den Ausschluß der Mitglieder vom Kassenvermögen nicht beschließen.[246]) Sie kann nur eine Satzungsänderung dieses Sinnes vornehmen, zu der qualifizierte Majorität erforderlich sein wird.[247]) Das Erfordernis einer Satzungsänderung als Voraussetzung für einen für die Mitglieder in dieser Beziehung bindenden Beschluß ergibt sich für die rechtsfähigen Kassen unmittelbar aus dem § 45 BGB. Es ist aber auch auf die nicht rechtsfähigen Kassen auszudehnen.[248])

Der Maßstab für die Verteilung des Vermögens ist auf Grund des § 48 VAG., der nach § 53 Abs. 2, 2 VAG. hier in Frage kommt, derjenige, nach dem während des Bestehens der Kasse die Verteilung des Überschusses stattfand.[249])

Literaturverzeichnis.

Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen. 1. Anlageband zu „Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages, 10. Legislaturperiode. II. Session 1900/02“, Seite 154 bis 215. — *Behrend,* Neuere Entscheidungen in Privatversicherungssachen. In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft, 7. Band. Berlin 1907. E. S. Mittler & Sohn, S. 313ff. — *Bericht* der VII. Kommission, betr. den Entwurf eines Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen. 3. Anlagenband zu „Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags, 10. Legislaturperiode, II. Session, 1900/02“, S. 1727 bis 1815. — *Dilloo,* Pensionseinrichtungen für Privatbeamte. Ein Wegweiser zur Schaffung und Reorganisierung von Beamtenpensionseinrichtungen. Berlin 1907, Carl Heymanns Verlag. — Der Schriften der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen 32. Heft. — *Ehrenberg,* Victor. Die Abtretung des Portefeuilles. Aufsatz im

---

[243]) *Staudinger,* Anm. B. IX zu § 54 BGB.

[244]) *Staudinger,* a. a. O Anm. II, 6 zu § 45; *Rehm,* Komm., Anm. 3 zu § 48. In den „Veröffentlichungen“, 5. Jahrg. S. 67, wird es mit Recht als unwirksam bezeichnet, daß „erst im Auflösungsbeschluß der Heimfall des bei der Liquidation schließlich freibleibenden Restvermögens einer Pensionskasse an die Firma, welche sie begründet hatte, vorgesehen wird“.

[245]) *Rehm,* Komm., Anm. 3 zu § 48; „Veröffentlichungen“, a. a. O. 5. Jahrg. S. 67, 8. Jahrg. S. 81.

[246]) Siehe Entscheidung des Kammergerichts Berlin vom 11. Oktober 1905, abgedr. im „Recht“ von 1905 S. 616.

[247]) *Götze,* a. a. O. S. 80.

[248]) Vgl. *Gierke,* a. a. O. S. 47: „Auch kann jeder Anspruch der Mitglieder ausgeschlossen und das Vermögen *durch die Satzung* oder durch satzungsmäßigen Beschluß irgend anderen Personen zugewiesen werden.“

[249]) Vgl. S. 349 ff.

4. Band der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Berlin 1904, E. S. Mittler & Sohn, S. 24 bis 45. — ***Ehrenberg,*** Victor, Arbeiterpensionskassen und Arbeitsvertrag. Jena 1908, G. Fischer. (Aus: Iherings Jahrbücher für Dogmatik, 2. Folge, Band 17.) — ***Ehrenberg,*** Victor, Gutachten über die Frage: Welche Stellung ist in dem zu erwartenden Versicherungsgesetze den Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit zu gewähren? Erstattet in den „Verhandlungen des XXIV. Deutschen Juristentages", Posen 1898. Siehe diese, I. Band Gutachten, Berlin 1897, Kommissionsverlag von J. Guttentag, S. 63 bis 89. — ***Ehrenberg,*** Victor, Versicherungsrecht, Bd. 1, Leipzig 1893, Duncker & Humblot. (Aus: System. Handbuch der Deutschen Rechtswissenschaft. Hrsg. von Binding, Abt. 3, T. 4, Bd. 1.) — ***Emminghaus,*** Stellung der bei Gesellschaftsfusionen beteiligten Versicherten nach deutschem Recht. Aufsatz im 2. Jahrg. der Leipziger Zeitschrift für Handels-, Konkurs- und Versicherungsrecht. München und Berlin 1908, J. Schweitzer Verlag, S. 24 bis 36. — ***Entscheidungen*** des Kgl. Oberverwaltungsgerichts. Hrsg. von ***Jebens*** und von ***Meyeren.*** Titel später: Entscheidungen des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts. Im amtlichen Auftrage herausgegeben von Mitgliedern des Gerichtshofs. Berlin, Carl Heymanns Verlag, Band 1 ff.; 1877 ff. (Zitiert: OVG.) Dazu Ergänzungsbände. — ***Entscheidungen*** des Kgl. Preußischen Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen. Hrsg. von Reinick u. a., Berlin, Carl Heymanns Verlag, Bd. 1 ff., 1893 ff. (Zitiert: OVG. i. St. St.) — ***Entscheidungen*** des Reichsgerichts. Hrsg. von Mitgliedern des Gerichtshofes. Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen. Leipzig, Veit & Co., Jg. 1 ff. 1880 ff. (Zitiert: RGZ.) — ***Entscheidungen*** des Reichsgerichts. Hrsg. von Mitgliedern des Gerichtshofes Entscheidungen in Strafsachen. Leipzig, Veit & Co., Jahrg. 1 ff., 1880 ff. (Zitiert: RGSt.) — ***Geiler,*** Verein und Gesellschaft. Aufsatz im 5. Jahrg. der Leipziger Zeitschrift für Handel-, Konkurs- und Versicherungsrecht. München und Berlin, J. Schweitzer Verlag, 1911, S. 505 bis 511. — ***Gewerbegericht,*** Das. Monatsschrift des Verbandes Deutscher Gewerbegerichte. Hrsg. von J. Jastrow und K. Flesch. Berlin, Georg Reimer, Jahrg. 1 ff., 1895/96 ff. (Zitiert: „Gewerbegericht".) Seit Jahrg. 11, 1905/06 unter dem Titel: ***Gewerbe- und Kaufmannsgericht.*** Monatsschrift des Verbandes Deutscher Gewerbe- und Kaufmannsgerichte. Hrsg. von J. Jastrow und K. Flesch. Berlin, Georg Reimer. (Zitiert: „Gewerbe- und Kaufmannsgericht".) — ***Gierke,*** Vereine ohne Rechtsfähigkeit nach dem neuen Rechte. 2. Aufl., Berlin 1902, H. W. Müller. — ***Götze,*** Die Rechtsverhältnisse der Fabrikpensions- und Unterstützungskassen. Berlin 1910, Puttkammer & Mühlbrecht. — ***Houpin,*** Traité générale théorique et pratique des sociétés civiles et commerciales 4. éd. rev. augm. et mise au courant. Paris 1909, Larose & Tenih. — ***Johow,*** Jahrbuch für Entscheidungen des Kammergerichts in Sachen der nichtstreitigen Gerichtsbarkeit und in Strafsachen. Berlin, F. Vahlen, Bd. 1 ff., 1880 ff. (Zitiert: Entscheidungen des Kammergerichts.) — ***Knebel-Doeberitz*** und ***Broecker,*** Das private Versicherungswesen in Preußen. Band 1: Die Aufsicht des Reichs über die privaten Versicherungsanstalten. Berlin 1902. (Zitiert: Knebel-Doeberitz, Komm.) — ***Könige,*** Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901. Berlin 1901, J. Guttentag. (Zitiert: Könige, Komm.) — ***Laporte,*** Das Problem der Arbeiterpensionskassen und seine rechtlichen und sozialen Konsequenzen. Jena 1910, Gustav Fischer. — ***Leist,*** Untersuchungen zum inneren Vereinsrecht. Jena 1904, Gustav Fischer. ***Löwenfeld,*** Pensionskassen und Arbeitsvertrag. I. Teil. München und Berlin 1911, J. Schweitzer Verlag. — ***Manes,*** Das Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901. Zweite Auflage. Bearbeitet von ***Hagen,*** Tübingen 1909, J. C. B. Mohr. (Zitiert: Manes, Komm.) — ***Pensions- und Reliktenwesen*** der Arbeiter und niederen Angestellten. Heft 27 der Schriften der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen. Berlin, Carl Heymanns Verlag. (Zitiert: „P. u. R.") — ***Pietsch,*** Die Vermögensverteilung bei der Auflösung von Pensionskassen mit Durchschnittsbeiträgen. Aufsatz im 9. Band der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft" S. 723 bis 736. — ***Recht,*** Das. Rundschau für den Deutschen Juristenstand. Herausgegeben von H. T. Soergel. Hannover, Helwingsche Verlagsbuchhandlung. Jahrg. 1 ff., 1897 ff. (Zitiert: „Recht".) — ***Rehm,*** Die Bilanzen der Aktiengesellschaften und Gesellschaften mit

beschränkter Haftung, Kommanditgesellschaften auf Aktien, eingetragenen Genossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, Hypotheken- und Rentenbanken und Handelsgesellschaften überhaupt nach deutschem und österreichischem Handels-, Steuer-, Verwaltungs- und Strafrecht. München 1903, J. Schweitzer Verlag. (Zitiert: Rehm, Bilanzen.) — *Rehm,* Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (Versicherungsaufsichtsgesetz). 3. Auflage. München 1911, H. C. Becksche Verlagsbuchhandlung. (Zitiert: Rehm. Komm.) — *Reichs-Arbeitsblatt.* Hrsg. vom Kaiserlichen Statistischen Amt. Berlin, Carl Heymanns Verlag. 1. Jahrg. ff., 1903 ff. — *Schellwien,* Die Fusion von Versicherungsgesellschaften in rechtlicher Beziehung. Aufsatz im 11. Band der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Berlin 1911, E. S. Mittler & Sohn, S. 269 bis 293. — *Sievers,* Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Entwurfe eines Reichsgesetzes über die privaten Versicherungs-Unternehmungen. Aufsatz im 48. Band (Neue Folge 33. Band) der Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht. Begründet von L. Goldschmidt. Stuttgart 1899, Ferdinand Enke, S. 521 bis 589. — *Simon,* H. Veit. Die Bilanzen der Aktiengesellschaften und der Kommanditgesellschaften auf Aktien. 3. Aufl. Berlin 1899, J. Guttentag. — *Staudinger,* Kommentar zum BGB. I. Band. Allgemeiner Teil. 7./8. Aufl. München und Berlin 1912, J. Schweitzer. — *Veröffentlichungen* des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung (mit einem „Anhang“: Entscheidungen der ordentlichen Gerichte und der höchsten Verwaltungsgerichtshöfe). Berlin, J. Guttentag, Jahrg. 1 ff., 1902 ff. (Zitiert „Veröffentlichungen“ bzw. „Veröffentlichungen, Anhang“.) — *Wimpfheimer,* Die Gesellschaften des Handelsrechts und des bürgerlichen Rechts im Stadium der Liquidation. München 1908, C. H. Beck. (Fischers Abhandlungen, 17. Band, 2. Heft.) — *Wörner,* Gerhard. Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Leipzig-Reudnitz 1904, Aug. Hoffmann. — *Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft.* Hrsg. vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft. Berlin, E. S. Mittler & Sohn, Jahrg. 1 ff., 1901 ff. (Zitiert: Z. f. d. g. V.-W.) — Außerdem wurde benutzt: *Gesetz* über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901. RGBl. S. 139 ff. (Zitiert: VAG. = Versicherungsaufsichtsgesetz.)

Die Sterbegeldversicherung und das Verbot der Pfändung von „Hebungen aus Sterbekassen“.

Von Gerichtsassessor Dr. jur. Ernst Moser (Charlottenburg).

Die Sterbegeldversicherung wird erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit in Deutschland betrieben. Bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts genügten die aus den Gilden und Zünften des Mittelalters hervorgegangenen Innungskassen, die Knappschafts-, Fabrik- und die gewerblichen Kassen, die Bruderschaften, Totenladen und andere mehr dem Bedürfnis der unbemittelteren Bevölkerungsschichten, in den Fällen der Not — des Alters, der Krankheit, des Todes — eine wenn auch geringe Barunterstützung zu erhalten. Alle diese „Kranken-, Hilfs- oder Sterbekassen“ beruhten auf dem Prinzip der Gemeinnützigkeit und der Gegenseitigkeit. Sie waren, wie sich aus der Natur der Sache ergab, ursprünglich[1]) beruflich und räumlich

[1]) Über die spätere Entwicklung vgl. unten S. 389, 397 sowie S. 399, insbesondere dort Anm. [48]).



eng begrenzt und gewährten bei ihrem beschränkten Geschäftsumfange nur verhältnismäßig geringe Beiträge, die, soweit Sterbefälle in Frage kamen, weniger als Versorgung der Hinterbliebenen als als Ersatz der durch den Sterbefall des Mitgliedes entstandenen Kosten angesprochen werden konnten.

Im Jahre 1853 begegnen wir zum ersten Male in Deutschland dem Versuch einer *Lebensversicherungsgesellschaft,* eine den gleichen wirtschaftlichen Zielen entsprechende Sterbekasse ins Leben zu rufen. In dem Statut der Mecklenburgischen Lebensversicherungs- und Sparbank (jetzigen Mecklenburgischen Lebensversicherungsbank a. G. in Schwerin) aus dem Jahre 1853 wird neben dem „Betrieb der regulären Lebensversicherung" als Zweck der Gesellschaft die „Errichtung von Sterbekassen" bezeichnet und in § 4 desselben der Unterschied *dieser* Versicherungsform gegenüber dem der regulären Lebensversicherung dahin gekennzeichnet, daß die Sterbekassenversicherung lediglich „zur Bestreitung der Begräbniskosten" dienen, mittels der Lebensversicherung dagegen den Erben ein „bestimmtes Kapital gesichert" werden solle. Das Maximum für die Sterbekasse wurde dementsprechend auf 100 Taler, gleich dem Minimum der regulären Lebensversicherung, festgesetzt. In gleicher Weise unterschied die Allgemeine Versorgungsgesellschaft zu Kamin 1853 zwischen einer „Versorgungsversicherung" (Maximum 1000 Taler) und einer „Sterbegeldversicherung" (Maximum 150 Taler). 1856 folgten die Erfurter Thuringia, 1865 die Preußische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, 1866 die Friedrich Wilhelm, 1871 Prometheus, 1873 die Vesta, 1875 der Stuttgarter allgemeine deutsche Versicherungsverein und die Wiener Patria, 1880 endlich der Nordstern mit der Einführung einer Begräbnisgeld- oder, wie sie jetzt mitunter genannt wurde, Arbeiterversicherung. Statistische Feststellungen aus der ersten Zeit dieser Versicherungsform fehlen vollständig; man geht aber wohl nicht fehl, wenn man annimmt, daß sie damals nur wenig Anklang gefunden hat. Ihr eigentlicher Aufschwung beginnt mit dem Jahre 1882, nachdem die Friedrich Wilhelm das Geschäft der Patria übernommen und für den Betrieb der kleinen Branche eine Reihe wesentlicher Erleichterungen eingeführt hatte. Die weitere so überaus glänzende Entwicklung der Sterbegeldversicherung dürfte zur Genüge bekannt sein, so daß wir auf sie hier nicht weiter einzugehen brauchen; zurzeit betreibt jedenfalls mehr als der dritte Teil aller Lebensversicherungsunternehmungen mit einer Policenzahl von über 8 Millionen und einem Versicherungsbestande von fast 2 Milliarden die Versicherung der kleinen Leute.

Merkwürdigerweise hat sich bei den einzelnen Gesellschaften für diese Versicherungsart eine einheitliche Bezeichnung nicht eingebürgert. Das Versicherungs-Vertragsgesetz, das sie überhaupt nur in einem einzigen Paragraphen, dem § 189, erwähnt, faßt sie unter dem Namen „Sterbegeld-, Volks- und sonstige Lebensversicherung mit kleineren Beträgen" zusammen; die Gesellschaften führen sie als „Sterbekasse, Sterbegeldversicherung, Familienversorgungskasse (Thuringia), als Volksversicherung, Markversicherung (Bayerische

Versicherungsbank), Arbeiterversicherung, kleine Lebensversicherung“ usw. auf. Ebenso verschieden wie die Benennung ist auch die Ausgestaltung der *Sterbegeld*versicherung, wie *wir* sie in dieser Abhandlung kurz bezeichnen wollen, im einzelnen, und selbst Versicherungen, die die gleiche Namensbezeichnung führen, zeigen bei den verschiedenen Gesellschaften nicht die gleichen Merkmale. Es ist daher nicht möglich, eine allgemein gültige Begriffsbestimmung aufzustellen und eine einwandfreie Grenze gegenüber der „großen Lebensversicherung“ zu ziehen.

Im großen und ganzen lassen sich jedoch als Merkmale dieser Versicherungsart die folgenden aufstellen:[2])

1. werden die Prämien in kleinen Zeitabschnitten entrichtet, entweder wöchentlich oder monatlich, bei der Deutschen Volksversicherung und der Volksfürsorge vierzehntäglich, und in der Regel von den Versicherungsnehmern abgeholt;[3])
2. während bei der großen Lebensversicherung für die Höhe der Versicherungssumme in den Statuten eine Minimalgrenze, gewöhnlich nicht unter 2000 Mk., festgesetzt wird, wird hier umgekehrt eine Maximalgrenze angegeben, die zwischen 100 und 1500 Mk. schwankt, die nach einer Verfügung des Kaiserlichen Aufsichtamts für Privatversicherung jedoch nicht über 2000 Mk. hinausgehen darf, wenn die Versicherungsunternehmungen sich die für den Betrieb der Sterbegeldversicherung in § 189 VVG. zugelassenen Erleichterungen ausbedingen wollen;[4]) [5])
3. endlich pflegt bei der Sterbegeldversicherung auch die (hier zu kostspielige) ärztliche Untersuchung in Fortfall zu gelangen; an ihre Stelle tritt alsdann stets eine Karenzzeit (von 1 bis 3 Jahren), nach deren Ablauf erst die volle Versicherungssumme zur Auszahlung gelangt.

Zweck der Sterbegeldversicherung ist — oder war es, in ähnlicher Weise wie bei den ersten „Totenladen“, wenigstens ursprünglich —, den minder bemittelten Volkskreisen die Möglichkeit zur Versicherung eines zur Deckung der Beerdigungskosten ausreichenden Sterbegeldes zu geben (vgl. z. B. das S. 380 zitierte Statut der Mecklen-

---

[2]) Vgl. z. B. *Broecker,* Die Grundzüge der Lebensversicherungstechnik 1910 S. 63; *Manes* in seinem Versicherungslexikon S. 1512f. sowie im Wörterbuch der Volkswirtschaft 1911 S. 1225; *Söhner,* Die private Volksversicherung 1911 S. 13; *Schmoller,* Grundriß der allgemeinen Volkswirtschaftslehre 1904 S. 802; *Hager,* in Arbeitswohl Bd. 23 Heft 6 S. 122ff.

[3]) Hierdurch unterscheidet sich die Sterbegeldversicherung namentlich von der jetzt vielfach eingeführten kleinen Lebensversicherung ohne ärztliche Untersuchung, bei der als »Versicherungsperiode« allgemein der Zeitraum eines Jahres angesehen wird. Mitunter gilt freilich (so bei der Viktoria, der Iduna und in den mathematischen Berechnungen mancher anderen Gesellschaften) auch bei der Sterbegeldversicherung das *Jahr* als Versicherungsperiode.

[4]) Veröffentlichungen des AfPV. 1910 S. 101 Ziff. 26.

[5]) Ein Sterbegeld bis zu 2000 Mk. gewähren zur Zeit z. B. die Viktoria, die Friedrich Wilhelm, die Mecklenburgische Lebensversicherungsbank A.-G.; über 2000 Mk. geben die Preußische Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, die Rothenburger Versicherungsanstalt (bis zu 5000 Mk.); die Schlesische Lebensversicherungs-Gesellschaft zu Haynau, die Arminia (bis zu 3000 Mk.) usw. usw.

burgischen Lebensversicherungsbank). In neuerer Zeit tritt dieser Zweck jedoch mehr und mehr zurück. Infolge des scharfen Wettbewerbs und der Sucht mit möglichst hohen Bestandziffern zu glänzen, sind auch auf dem Gebiete der *Sterbegeldversicherung* die Gesellschaften zur Einführung der auf dem Gebiete der großen Lebensversicherung seit langem gebräuchlichen Versicherungskombinationen übergegangen und haben jetzt neben der eigentlichen Todesfallversicherung (mit lebenslänglicher oder abgekürzter Beitragszahlung) die alternative und sogar die Sparversicherung eingeführt.

Für die vorliegende Untersuchung kommen die beiden letzteren Versicherungsarten *nicht* in Betracht. Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß eine Versicherung, die als Sparversicherung abgeschlossen ist, nie dazu dienen kann, über die mit dem Todesfall des Versicherten verbundenen Ausgaben hinwegzuhelfen; denn hier wird die Versicherungssumme ja erst nach *Ablauf* der vereinbarten Versicherungsdauer, also unabhängig von dem Tode des Versicherten, fällig. M. E. kann aber auch die auf den Todes- oder Erlebensfall abgeschlossene Versicherung nicht eigentlich als „Sterbegeldversicherung" angesehen werden, da mit ihr der Versicherte weniger eine Deckung der durch seinen Tod voraussichtlich verursachten Kosten — die Sicherung eines Sterbegeldes — als die Ersparung eines kleinen Kapitals bezweckt; hierfür spricht u. a. *der* Umstand, daß diese Versicherungsart einen bedeutend höheren Aufwand an Prämien erfordert als die reine Todesfallversicherung.

Weiter hat es der Großbetrieb in der Volksversicherungsbranche mit sich gebracht, daß auch die Bedingungen der Sterbegeldversicherung im einzelnen denen der großen Lebensversicherung mehr und mehr angepaßt wurden. So wurde noch vor kurzem eine Abtretung oder Verpfändung der Ansprüche aus der Sterbegeldversicherung sowie ihr Rückkauf durchweg für unzulässig erachtet,[6]) so daß, wenn die Prämien ordnungsgemäß entrichtet wurden, der *Zweck* der Versicherung auf jeden Fall erreicht wurde. Jetzt lassen fast alle Gesellschaften die Abtretung und Verpfändung der Ansprüche aus der Versicherung, andere, wie z. B. die Deutschland, die Thuringia, der Preußische Beamtenverein, auch die Beleihung und den Rückkauf der Police zu. Derartige Bestimmungen sind zweifellos geeignet, den Versicherungszweck, die Sicherung eines Begräbnisgeldes, illusorisch zu machen. Man geht m. E. aber zu weit, wenn man ihnen, wie es das Landgericht Görlitz in einer in VerAPV. 1910 S. 14 abgedruckten Entscheidung vom 2. XI. 1909 und in einer weiteren bisher nicht veröffentlichten Entscheidung vom 23. XII. 1911 — 4. T. 234/11 — sowie das LG. Berlin in einem bei *Goldmann,* Zwangsvollstreckung in das bewegliche Vermögen 1913, S. 289 veröffentlichten Beschlusse — 25. T. 506/11 — tun,[7]) die Bedeutung bei-

[6]) Vgl. z. B. die alten Versicherungsbedingungen der Viktoria, Friedrich Wilhelm usw.

[7]) Ebenso auch *Könige* in seinem Komm. z. PrivVerUntG. § 20 Anm. 1a S. 174.

mißt, daß eine Versicherung, bei der bedingungsgemäß eine Beleihung oder der Rückkauf, eine Abtretung oder Verpfändung gestattet ist, ihren Charakter als Sterbegeldversicherung verliere, also (!) gepfändet werden könne. Denn wir finden derartige Bestimmungen nicht nur bei den die Sterbegeldversicherung betreibenden Lebensversicherungsgesellschaften, sondern auch bei einer Reihe von reinen Sterbekassen,[8]) bei denen ein Zweifel über den Charakter der Versicherung als einer zur „Tragung der Begräbniskosten bestimmten" gar nicht obwalten kann. Die Sterbekassen sind nämlich nicht in der Lage, den Austritt ihrer Mitglieder zu verhindern (§ 39 BGB.), und sind deshalb sehr häufig bereit, die Policen zu *beleihen* und neuerdings auf Grund einer Verfügung des Aufsichtsamts für Privatversicherung[9]) sogar verpflichtet, den ausscheidenden Mitgliedern einen Teil ihrer Beiträge zu vergüten, mit anderen Worten, die Police *zurückzukaufen*. Durch die Beleihung sowohl wie durch den Rückkauf wird unzweifelhaft der Zweck der Versicherung, den Angehörigen im Falle des Todes des Kassenmitgliedes eine zur Deckung der Begräbniskosten ausreichende Summe bereitzustellen, vereitelt. Trotzdem war und ist dies bei *Sterbekassen* nie ein Grund gewesen, die Unzulässigkeit einer Pfändung der Hebungen in Frage zu stellen. Die Möglichkeit, die Police „zu beleihen oder zurückzukaufen", kann demnach auch nicht zu ungunsten der Sterbegeldversicherung angeführt werden, zumal da diese Fragen von den interessierten Lebensversicherungsgesellschaften noch dazu ganz verschieden geregelt sind. Denn im Gegensatz zu den eben angeführten Gesellschaften lassen z. B. die beiden größten, die Viktoria und die Friedrich Wilhelm, nach dem Wortlaut ihrer Satzungen auch jetzt noch eine Beleihung und einen Rückkauf nicht zu.

Ebenso verhält es sich mit dem Recht der Versicherungsnehmer, die Ansprüche aus der Police abzutreten oder zu verpfänden. Wie ich in der geschichtlichen Darstellung näher darlegen werde, haben in früheren Zeiten auch die Sterbekassen häufig eine Zession und Verpfändung der Hebungen zugelassen; anderseits haben die Lebensversicherungsunternehmungen noch bis vor kurzem in diesem Punkte gerade den entgegengesetzten Standpunkt eingenommen. Daher kann der Regelung dieser Fragen in den Bedingungen keine *grundsätzliche* Bedeutung beigemessen werden. Wir müssen vielmehr sagen, daß, wenn Sterbekassen jetzt in ihren Bedingungen eine Zession oder Verpfändung[10]) gestatten sollten, diese Bestimmung ungültig ist, da sie gegen zwingendes Recht verstößt (§§ 400, 1274 Abs. 2 BGB.), und daß dasselbe von einer Sterbegeldversicherung gelten muß, wenn auf diese ebenfalls, wie im Laufe der Untersuchung zu erörtern sein wird, der § 850 Ziff. 4 ZPO. angewandt werden müßte.

---

[8]) Vgl. VerAPV. 1903 S. 113.

[9]) Vgl. VerAPV. 1907 S. 82, 1904 S. 84 sowie auch unsere Ausführungen zur geschichtlichen Entwicklung der Sterbekassen S. 387.

[10]) Eine Beleihung der Police dürfte dagegen, da sie regelmäßig als »Vorauszahlung auf die Versicherungssumme« anzusehen ist, auch jetzt für zulässig zu erachten sein. Ebenso das Aufsichtsamt in VerAPV. 1903 S. 113.

Nachdem wir so die „Sterbegeldversicherung“ von ihren historischen Anfängen an verfolgt und ihre Grundsätze, ihr Wesen kennen gelernt haben, wollen wir im folgenden einen kurzen Überblick über die Ansichten geben, die in der Literatur und Praxis über die Frage der Zulässigkeit einer Pfändung der Sterbegeldversicherung (auf den Todesfall) verbreitet sind. Sedes materiae für die Entscheidung dieser Frage ist der § 850 Ziff. 4 ZPO., der bestimmt, daß *„Hebungen aus Kranken-, Hilfs- oder Sterbekassen, insbesondere aus Knappschaftskassen und Kassen der Knappschaftsvereine“ der Pfändung nicht unterworfen sind.*[11]) Hiernach ist die Frage aufzuwerfen, ob die Annahme der Versicherungssumme aus einer Sterbegeldversicherung in dem oben präzisierten Sinne eine „Hebung aus einer Sterbekasse“ im Sinne der Zivilprozeßordnung darstellt oder nicht.

In der Literatur und Praxis lassen sich drei Ansichten unterscheiden:

Behrend (in der LZ. Bd. I S. 385 ff.) und *Conrad* (Pfändungsbeschränkungen S. 480) sind der Meinung, der § 850 Ziff. 4 ZPO. beziehe sich an sich lediglich auf Sterbekassen des *öffentlichen* Rechts (Beweis: die Entstehungsgeschichte dieses Paragraphen).

Die herrschende Ansicht wendet diesen Paragraphen, grammatisch interpretierend, unter Berücksichtigung der Bedeutung des Wortes „Sterbekasse“, auch auf *private* Kassen an, ohne sich hierbei jedoch über das, was sie unter „Kassen“ verstehen oder verstanden sehen wollen, eingehender auszulassen, so die Kommentatoren zur ZPO., *Gaupp-Stein, Struckmann, Petersen, Neukamp* zu § 850 Ziff. 4; *Hein,* Handbuch der Zwangsvollstreckung 1911 S. 355; *Falkmann,* Vollstreckungsrecht 1888 S. 240; *Jaeger,* Komm.KO. § 1 Anm. 47 und DJZ. 1906 S. 422; *Lehmann,* Handelsrecht S. 1056 Anm. 6; *Lederle,* die Lebensversicherung 1913 S. 76 (mit der Behauptung, daß als Sterbekassen nur „kleinere Vereine“ im Sinne der §§ 53, 1 des PrivVerUntG. in Frage kommen); *Bleicher,* Volkswirtschaftliche Zeitfragen Heft 208 S. 19; OLG. Kiel im Schlesw. Holst. Anz. 1908 S. 351; OLG. Karlsruhe in *Wallmanns* DJZ. 1880 IV S. 581.

Einige wenige, wie *Seuffert,* KommZPO. § 850; *Kayser* in Zeitschrift für Versich.-Wesen 1913 Nr. 24; OLG. München in RsprOLG. Bd. 19 S. 20; OLG. Braunschweig in RsprOLG. Bd. 21 S. 91; OLG. Dresden in *Buschs* Zeitschrift für Ziv. Proz. Bd. 32 S. 384; OLG. Breslau (V. Z. S.) in *Seuff.* Arch. Bd. 61 S. 213; OLG. Cleve in VerAPV. 1905 S. 47 und LG. Berlin a. a. O. subsummieren, weitergehend, auch die Sterbegeldversicherung der Lebensversicherungsunternehmungen unter den § 850 Ziff. 4 ZPO., ohne freilich hierbei den Versuch einer generellen Begrenzung zu machen.

Im großen und ganzen ist, wie wir sehen, die Literatur zu der von uns aufgeworfenen und praktisch außerordentlich erheblichen Streitfrage nicht sehr umfangreich, zumal da sich, abgesehen von *Behrend* und *Kayser,* alle die vorerwähnten Schriftsteller in irgend welche

---

[11]) Die gleiche Bestimmung enthält § 46 Ziff. 3 der Verordnung betreffend das Verwaltungszwangsverfahren vom 15. XI. 1899.

eingehenderen Untersuchungen nicht einlassen, sondern sich mit einer kurzen Bejahung oder Verneinung des Beweisthemas begnügen. Eigentümlicherweise begehen aber verschiedene Autoren hierbei einen und denselben Fehler, dessen Besprechung ich meiner historischen und dogmatischen Betrachtung vorwegnehmen möchte, da ich ihn für sehr erheblich erachte und da weiter seine Tragweite in der Praxis nicht abzusehen ist.

Gaupp-Stein, Neukamp, Jaeger, Hein und *Falkmann* berufen sich nämlich a. a. O. zum Beweise ihrer Behauptung, daß § 850 Ziff. 4 ZPO. *nicht* auf die mit Lebensversicherungsgesellschaften abgeschlossene Sterbegeldversicherung Anwendung finde, auf eine Entscheidung des RG. in Bd. 52 S. 51 (= *Puchelts* Zeitschrift Bd. 34 S. 6). Dieses stellt dort jedoch die ihm von diesen Autoren zugeschriebene Rechtsansicht gar nicht auf. In dem zur Beurteilung stehenden Falle handelte es sich nämlich um *die* Frage, ob der Anspruch eines in Konkurs geratenen Versicherten aus einem mit einer *Unfall*versicherungsgesellschaft abgeschlossenen Vertrage zu der Konkursmasse gehöre oder nicht. Mit Recht nimmt hier unser oberster Gerichtshof an, daß *dieser* Anspruch weder als „Hebung aus einer Sterbe-, Hilfs- oder Krankenkasse“ anzusehen, also unpfändbar (§ 850 Ziff. 4 ZPO.) sei, noch als eine seitens des „Schädigers“ erfolgende und demnach gemäß den §§ 840 BGB., 850 Abs. III ZPO. beschränkt pfändbare Rentenzahlung angesprochen werden könne. Auf Grund dieser Feststellung führt das RG. weiter zutreffend aus, daß die Entschädigungsforderung des Versicherten gegenüber der Unfallversicherungsgesellschaft *nicht* das Privilegium des § 850 ZPO. genieße, obwohl sie wirtschaftlich dem Schadensersatzanspruch aus § 843 BGB. gleichkomme! Demnach stellt das RG. einen *allgemeinen Grundsatz* des Inhalts, daß die Ansprüche aus Versicherungs*verträgen*, also z. B. aus dem Abschluß einer Sterbegeldversicherung, niemals unter § 850 ZPO. fallen, gar nicht auf, und hat ihn offenbar auch nicht aufstellen wollen, da es seine Ausführungen ausdrücklich auf die *Unfall*versicherungsgesellschaften beschränkt hat. Daß diese aber weder als Kranken-, noch als Hilfs- oder Sterbekassen im Sinne des § 850 Ziff. 4. ZPO. angesehen werden können, liegt auf der Hand; man kann somit *nicht* folgern, daß das, was von den Unfallversicherungsgesellschaften zu gelten habe, auch auf Lebensversicherungsgesellschaften anzuwenden sei. Demnach ist die Bezugnahme der Kommentatoren auf die Entscheidung des RG. verfehlt; ein Präjudiz des höchsten Gerichtshofes zu der uns interessierenden Frage liegt nicht vor.

Bevor wir selbst zu der Frage, ob eine Pfändung der „Sterbegeldversicherung“ zulässig ist oder nicht, Stellung nehmen können, müssen wir uns über den Begriff „Sterbekasse“ im Sinne des § 850 Ziff. 4 ZPO. klar zu werden versuchen und wollen, ebenso wie bei der Sterbegeldversicherung, auch hier von der historischen Entwicklung der Sterbekassen ausgehen.

Im Eingang unserer Arbeit hatten wir erwähnt, daß die Sterbekassen sich in Deutschland aus den Innungen des Mittelalters ent-

wickelt haben.[12]) Diese übernahmen im Anfang freiwillig die Beerdigung der ihrer Zunft angehörigen Genossen und die Sorge für die in Not befindlichen Hinterbliebenen derselben — zuerst durch Unterstützung in natura, später auch durch Barleistung. Die Kosten für diese Hilfsgaben wurden aus den den Innungsmitgliedern auferlegten allgemeinen Steuern bestritten. Später gingen die Zünfte dazu über, *besondere* Fonds zur Deckung der Begräbniskosten und zur Unterstützung der Hinterbliebenen zu bilden. Diese relativ selbständigen Sondervermögen standen zunächst nur den Gildemitgliedern, bald aber auch Nichtzunftgenossen zur Verfügung. Die Beiträge wurden freilich auch jetzt nur in Fällen wirklicher Not gezahlt, — ein Rechtsanspruch auf Sterbegeld und Unterstützung bestand also nicht —, und durch Umlage unter den Mitgliedern aufgebracht. Als das Zunftwesen im 17. Jahrhundert mehr und mehr im Verfall geriet, begann man mit der Errichtung selbständiger Kassen, deren Wesen und Zweck der gleiche war wie der der den Innungen angegliederten. Ursprünglich waren diese Kassen in ihrer Mitgliederzahl nicht beschränkt; später wurde, so namentlich in Westpreußen, ein bestimmtes Maximum festgesetzt; die Vereine wurden „geschlossen", und zwar weil ihr Mitgliederbestand — im Gegensatze zu den Innungskassen mit ihrem regelmäßigen Zugang an neuen Mitgliedern — naturgemäß zu großen Schwankungen unterworfen und damit die Existenz der Kassen gefährdet war. Ihre regelmäßige Ergänzung fanden derartige „geschlossene" Kassen entweder aus den Expektanten, d. h. solchen Personen, die durch Eintragung in die Kassenlisten eine Anwartschaft auf Aufnahme beim Ausscheiden eines Vereinsmitgliedes erworben hatten, oder dadurch, daß die Auszahlung der Versicherungssumme von der Stellung eines neuen Mitgliedes abhängig gemacht wurde. Die Einrichtungen der geschlossenen und der offenen Sterbekassen waren denkbar einfach. Mathematisch statistische Grundlagen gab es nicht,[13]) oder sie wurden wenigstens nicht benutzt. Starb ein Mitglied, so hatte jeder der Überlebenden einen Taler oder Gulden an die Kasse zu entrichten, aus denen der „Trauerpfennig" an die Hinterbliebenen bestritten wurde. Als Reserve dienten höchstens 2 bis 3 Trauerpfennige, die in der Vereinslade (daher die ursprüngliche Bezeichnung der Kassen als „Leichenlade", „Begräbnislade" usw.) aufbewahrt wurden. Später beschränkte man, als man erkannte, daß bei den auf dieser Basis errichteten Kassen die am längsten Lebenden durch die Umlagen sehr benachteiligt wurden, die Höhe der von dem einzelnen Mitglied zu entrichtenden Sterbefallbeiträge auf ein Maximum, das gewöhnlich dem Betrage eines Trauerpfennigs gleichkam, oder man zahlte an diejenigen, die längere Zeit Beiträge entrichtet hatten (Emeriten), entsprechend höhere Trauerpfennige aus.

---

[12]) Vgl. zu dem folgenden insbesondere *Boden,* Über die Einrichtung von Sterbekassen 1787; *Kritter,* Sammlung wichtiger Erfahrungen über die zu Grunde gegangenen Witwen- und Waisenkassen 1780; *Schrader,* Grundsätze der Natur in der Geburt, dem Leben und Tode der Menschen 1777; *Fleischhauer,* Sterbekassenvereine 1882.

[13]) Die erste deutsche datiert von *Süßmilch* 1761.

Beide Maßregeln beschleunigten natürlich nur den Ruin der Kassen. So finden wir in Nr. 35 des Hannoverschen Magazins vom Jahre 1785 die Mitteilung, daß von den sieben Totenkassen, die in der Zeit von 1755 bis 1760 in Quedlinburg gegründet waren, im Jahre 1764 keine einzige mehr bestanden hat, und daß das gleiche Schicksal auch die Totenkasse in Blankenburg getroffen hat. Als in jener Zeit Versicherungsfachleute gegen dieses Sterbekassenunwesen ihre warnenden Stimmen erhoben, gingen einige einsichtsvollere Kassenleiter bereits dazu über, statt des als schädlich erkannten Umlageverfahrens jährliche feste Beiträge zu fordern, und stuften schließlich diese Prämien auch nach dem Alter der Beitretenden ab, — eine Bestimmung, zu der die meisten wohl durch ihr natürliches Empfinden, ihren gesunden Menschenverstand veranlaßt wurden, die bei einigen aber auch auf, wenn auch ungenauen, mathematischen Berechnungen und auf statistischem aus den Kirchenbüchern entnommenem Material beruhte, so z. B. bei der Hamburger Allgemeinen Versorgungs-Anstalt, der Bremischen Denkthaler-Genossenschaft u. a. m.[14]) *Derartige Anstalten charakterisierten sich völlig als gegenseitige Lebensversicherungs-Unternehmungen im kleinen.* Bei ihnen erfolgte die Aufnahme des Mitgliedes entweder unter der Vereinbarung einer Karenzzeit oder nach einer gründlichen Untersuchung durch einen Arzt und eine aus drei „redlichen Männern“[15]) bestehende Kommission in Gegenwart eines Notars. Die Beiträge wurden quartaliter entrichtet; die Höhe der Versicherungssummen (Trauerpfennige) schwankte zwischen 20 und 600 Reichstaler, wobei man bedenken muß, daß 1800 Mk. Ende des 18. Jahrhunderts einen ganz außergewöhnlich hohen Betrag darstellten. Dieser wurde bei dem Tode des versicherten Mitgliedes ausgezahlt und konnte regelmäßig zediert und verpfändet werden. Die Versicherung diente demnach in gleicher Weise zur „Versorgung der Hinterbliebenen“ wie zur „Hebung des Kredits“.[16])

Zu welchem Umfange und zu welcher Blüte bereits damals das Sterbekassenwesen bzw. -Unwesen gelangt war, ergibt sich am besten wohl aus der Tatsache, daß das ALR. es für nötig erachtete, für die Errichtung von Sterbekassen im Hinblick auf ihre große wirtschaftliche Bedeutung für weite Kreise die landesherrliche Genehmigung vorzuschreiben. (I 11 § 651.) Diese Genehmigung trug einmal einen verwaltungspolizeilichen Charakter, insofern als sie der Regierung in gewissem Umfange eine Kontrolle über die Sterbekassen ermöglichte, und dann einen zivilrechtlichen, insofern als sie diesen, wenigstens nach der später herrschenden Ansicht[17]), Rechtspersönlichkeit verlieh.

Interessant ist diese preußische Gesetzesvorschrift aber noch aus zwei anderen Gründen:

---

[14]) Vgl. *Boden* a. a. O. S. 6, 28f.

[15]) Diese sollten die Identität des Aufnahmebegehrenden bezeugen, *Boden* a. a. O. S. 123.

[16]) So *Boden* S. 17, 71 a. a. O. — Vgl. dagegen die Auffassung der Landgerichte Görlitz und Berlin, oben S. 382.

[17]) Vgl. Justizministerialblatt 1844 S. 206; Reskript des Ministeriums des Innern 1861 S. 421; Entscheidung des ROHG. vom 10. XII. 1872 in Deutsche Versicherten-Ztg. 1873 S. 562 u. a. m.

1. begegnet uns hier zum erstenmal der Ausdruck „*Sterbekasse*“ und 2. verwandte der ungedruckte Entwurf zum ALR. an seiner Stelle die Bezeichnung „Begräbniskasse“.

Ob Begräbniskasse und Sterbekasse identische Begriffe waren, wird nirgends gesagt; ebensowenig wird angegeben, warum statt der einen Bezeichnung plötzlich die andere gewählt wurde, noch was unter „Sterbekasse“ zu verstehen war. *Koch*[18]) und *v. Rönne*[19]) behaupten nun Synonymität beider Ausdrücke, müssen folgerichtig dann aber einen Erlaß des Ministeriums des Innern vom 5. VII. 1830, in dem es heißt, daß *Begräbnis*kassen der landesherrlichen Genehmigung nicht bedürften, als „unverständlich“ bezeichnen. Ich halte — schon im Hinblick auf diesen Erlaß — ihre Ansicht für unzutreffend und möchte den Unterschied dahin präzisieren, daß letztere — ebenso wie die ersten Toten- und Innungs-Laden — einen Rechtsanspruch auf Unterstützung nicht anerkannten, also keine „gewagten Geschäfte“ im Sinne des ALR. waren, daß die bei den Sterbekassen Versicherten dagegen einen klagbaren Anspruch auf Leistung der Versicherungssumme hatten. Für diese Auffassung, die in der Literatur, soweit ich sehe, bisher nicht vertreten ist, spricht auch die Interpretation, die der Ausdruck „Sterbekasse“ später in einem preußischen Gesetz gefunden hat. Diese Definition, die hier wörtlich wiedergegeben sei, weil sie anscheinend in Vergessenheit geraten ist,[20]) eine Allerhöchste Kabinettsorder vom 29. IX. 1833 (Gesetzsammlung S. 121), besagt, daß „unter Sterbekassen alle Kassen zu verstehen sind, aus welchen für den Sterbefall eines Mitgliedes der Gesellschaft eine Zahlung zu irgend einem Zweck zu leisten ist“. Der Ausdruck „leisten“ weist aber ebenfalls auf ein vom Recht anerkanntes *Schuldverhältnis* hin. —

Das ALR. kannte als kollektive Unternehmungsform in der Lebensversicherungsbranche lediglich die Sterbekassen; außer diesen befaßten sich mit dem Abschluß von Lebensversicherungen, und zwar als einem spekulativen Gewerbe, nur Einzelassekuradeure.[21]) Die im 19. Jahrhundert einsetzende Geld- und Kreditwirtschaft, der beispiellose wirtschaftliche Aufschwung und die industrielle Entwicklung begünstigten und nötigten zu einer weiten Ausgestaltung des Versicherungswesens im allgemeinen und führten auch auf dem Gebiete der Lebensversicherung rasch zu einer weitgehenden Vergesellschaftung. Wie bekannt, entstanden hier nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen kurz hintereinander die Gothaer Lebensversicherungsbank, die Alte Lübecker, die Alte Leipziger, die Hannoversche Lebensversicherungs-Gesellschaft, die Berlinische Lebensversicherungs-

[18]) *Koch* in seinem Kommentar zum ALR. (I 11 § 651) Anm. 87.

[19]) Ergänzungen zum ALR. Bd. I S. 866.

[20]) Vgl. OLG. Breslau a. a. O.; *Kaiser* a. a. O., die beide behaupten, daß es eine Definition des Begriffs »Sterbekasse« nirgends gebe.

[21]) Dies ergibt die erschöpfende Regelung des Versicherungsvertragsrechts in ALR. II 8, §§ 1934 ff. in Verbindung mit der Tatsache, daß die ersten Versuche, in Deutschland Lebensversicherungs*gesellschaften* zu gründen, auf *Beneke* (1806) und *Arnoldi* (1824) zurückzuführen sind.

Gesellschaft, die Bayerische Hypotheken- und Wechselbank usw. Diese Gesellschaften wurden entweder — ebenso wie die Sterbekassen — auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit aufgebaut, derartig, daß die Versicherten gleichzeitig die Versicherer waren, daß sie etwaige Überschüsse zurück erhielten und für etwaige Ausfälle hafteten, oder, eine neue Unternehmungsform, „auf Aktien" gegründet. Soweit sie „auf Gegenseitigkeit" beruhten, war die Grenze gegenüber den bestehenden Sterbekassen flüssig. Allerdings waren sie von Anfang an direkt auf den Großbetrieb zugeschnitten und fach- und kaufmännisch verwaltet; aber die gleichen Momente trafen, wie wir oben gesehen haben, häufig auch bei *den* Sterbekassen zu, die einen größeren Umfang angenommen hatten. So können denn auch die Schriftsteller des 19. Jahrhunderts irgend einen wesentlichen Unterschied zwischen Sterbekassen und Lebensversicherungs-Unternehmungen *nicht* feststellen.

Im Einklang mit der oben angeführten preußischen Legal-Definition und der oben dargestellten, im 18. Jahrhundert herrschenden Ansicht bezeichnen sie als Aufgabe der Sterbekassen die „Versicherung auf den Todesfall" schlechthin,[22]) und rechnen sie mit zu den Lebensversicherungs-Unternehmungen.[23]) Freilich wandten sich die „Lebensversicherungs-Unternehmungen" infolge ihres auf den Großbetrieb angelegten und demnach zunächst kostspieligen Geschäfsbetriebes in jener Zeit ausschließlich an die begüterten Klassen, versicherten also keine kleinere Summen. Umgekehrt konnte man aber nicht sagen, daß die „Sterbekassen" damals nur geringe Beiträge gewährten, und weiter etwa folgern, daß sie lediglich ein *zur Deckung der Begräbniskosten ausreichendes* Sterbegeld im *heutigen* Sprachgebrauch (vgl. z. B. RVO. § 201) versicherten. Diese jetzt allgemein verbreitete Auffassung und Folgerung widerlegen nicht nur die soeben angeführten Zitate, sondern vor allem auch die Satzungen der Sterbekassen jener Zeit. Diese versprechen häufig freilich Versicherungssummen, die sich zwischen 20 und 100 Talern bewegen, gehen häufig aber auch *weit* über diese Beträge hinaus. So versicherte die „Sterbekasse für Brüder-Freimaurer zu Hamburg" 1800 ihre Mitglieder bis zu 400 Talern. Das gleiche Maximum hatte der Sterbekassenverein „für preußische Postbeamte" 1827. Der Begräbnisverein Atropos zu Leipzig versicherte 1856 seine Mitglieder bis zu 500 Talern, ebenso die Sterbekasse für Militär-, Krieger- und Veteranenvereine Schutz und Trutz; die Große Vereinssterbekasse zu Berlin (1849) ging sogar bis zu 1000 Talern usw. Dazu kommt, daß ein Vereinsmitglied

---

[22]) Vgl. ***Maurenbrecher,*** Lehrbuch des gemeinen Rechts 1834 § 385; ***Schnell,*** Die soziale Selbsthilfe 1860 S. 54; ***Elster***, Die Lebensversicherung in Deutschland 1880 S. 28; ***Fleischhauer,*** Sterbekassen-Vereine 1882 S. 1; ***Gierke,*** Genossenschaftsrecht I S. 1059.

[23]) So z. B. ***Masius,*** Systematische Darstellung des gesamten Versicherungswesens 1857 S. 51; ***Pfeiffer*** in Zeitschr. f. deutsches Recht (1876) Bd. 9 S. 440 ff.; ***Predöhl*** in Zeitschr. f. Handelsrecht (1877) Bd. 22 S. 474; ***Goldschmidt*** in Zeitschr. f. Handelsrecht (1878) Bd. 23 S. 182; ***Beseler,*** System des gem. deutschen Privatrechts 1885 S. 533; ***Lewis,*** Lehrbuch des Versicherungsrechts 1889. S. 309; ***Woedtke,*** Über Privatversicherung 1898 (JfGV.) S. 834.

in der Regel mehrere Anteile einer Sterbekasse erwerben durfte,[24]) so daß die Hinterbliebenen derjenigen Mitglieder, die in einer Sterbekasse zweimal mit nur 300 Talern versichert waren, immerhin schon 1800 Mk. ausgezahlt erhielten. Daß derartige Beträge namentlich in der damaligen Zeit weit die Begräbniskosten überstiegen und lediglich als eine *Kapitalversorgung* aufgefaßt werden konnten, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden. Tatsächlich geben aber auch eine ganze Reihe von Sterbekassen in ihren Statuten ausdrücklich als ihren Zweck die Sicherstellung eines Kapitals für die Erben an.[25])

So sehen wir denn auch, daß Sterbekassen und Lebensversicherungs-Unternehmungen in den preußischen Gesetzen völlig gleich behandelt wurden, so zunächst in § 340 Nr. 4 des StGB. vom 14. IV. 1851 und dann in dem Versicherungs-Aufsichtsgesetz vom 17. V. 1853, demzufolge alle Versicherungsgesellschaften, die den Versicherten einen Rechtsanspruch auf die Hebungen gewährten, zum Geschäftsbetriebe einer (polizeilichen) Genehmigung bedurften.

In jener Zeit begannen nun *die Kassen*, denen die Lebensversicherung als solche ihre Entstehung verdankte, nämlich die Kassen der *Innungen*, gegenüber den selbständigen Sterbekassen eine Sonderstellung einzunehmen. Diese hatten sich nämlich, zumal seit Einführung der Gewerbefreiheit, nur recht kümmerlich zu erhalten gewußt und erhielten deshalb jetzt in den preußischen Gewerbegesetzen eine besondere gesetzliche Grundlage. In § 104 Ziff. 2 der Gewerbeordnung vom 17. I. 1845 hob man ausdrücklich als den Zweck der Innungen die „Verwaltung von Kranken-, Sterbe- und Hilfskasssen ihrer Mitglieder“ (Gewerbetreibende bzw. Fabrikarbeiter) hervor. Die Verordnung vom 9. II. 1849 sah einen gewissen Beitrittszwang vor, und das Gesetz vom 3. IV. 1854 gab den (polizeilich) genehmigten Kassen die Rechte juristischer Personen. Im übrigen blieben die Innungskassen bis in die 80er Jahre hinein im Anschluß an manchesterliche Lehren lediglich Privatvereine von Fachgenossen. Den durch diese Gesetze geschaffenen Zustand ließ die Reichs-Gewerbeordnung vom 21. VI. 1869 im wesentlichen unberührt, so daß tatsächlich nur dort, wo Innungen von alters her noch bestanden oder wo die Arbeitnehmer, wie in größeren Industrieorten, sich zu solchen zusammenschließen konnten, diese unselbständigen „Sterbekassen“ zu einem erheblicheren Versicherungsbestande gelangten. Erst durch das Hilfskassengesetz vom 7. IV. 1876 und das Gesetz betreffend Abänderung der Gewerbeordnung vom 8. IV. 1876 erhielten diese Bestimmungen eine größere Tragweite, da jetzt diejenigen Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter, die nicht Mitglied einer „eingeschriebenen Hilfskasse“ waren, einer von der Ortsgemeinde zu errichtenden Kasse beitreten mußten. Infolge dieser Vorschrift ließen sich nicht nur die „unselbständigen“, sondern auch die „selbständigen“ Sterbekassen vielfach, wenn auch freilich nicht in dem beabsichtigten Umfange,

---

[24]) Vgl. z. B. den Tatbestand in der Entscheidung des ROHG. vom 10. XII. 1872 in Sachen der Großen Vereinssterbekasse zu Berlin, Bd. VIII S. 183.

[25]) Vgl. z. B. § 1 der Satzungen der Rothenburger großen Vereinssterbekasse (1856), des Begräbnisvereins Atropos (1856).

als eingeschriebene Hilfskassen in die Register eintragen. Einen wesentlichen Aufschwung nahmen die ersterwähnten Kassen aber erst auf Grund der jetzt einsetzenden sozialen Gesetzgebung, namentlich auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. VI. 1883 mit seinen Novellen und des Gesetzes vom 1. VI. 1884. Ihren Abschluß hat diese Gesetzgebung endlich in der Reichsversicherungsordnung gefunden, die ebenfalls die Betriebs- und die Innungskassen als Träger der Versicherung anerkannt hat (§ 225 RVO.). Das Sterbegeld, das diese unselbständigen Kassen zu gewähren haben, besteht mindestens in dem 20fachen des Grundlohns (§ 201, 180 RVO.); nach § 203 a. a. O. wird dieser Betrag an denjenigen gezahlt, der die Kosten des Begräbnisses bestritten hat, wobei ein eventueller Überschuß an die allernächsten Angehörigen zur Auszahlung gelangt, und wenn solche nicht vorhanden sind, der Kasse verfällt.

Wenden wir uns nunmehr wieder den *selbständigen* Sterbekassen zu, so bemerken wir zwar, daß in dieser Periode ihre Zahl gewachsen ist und auch ihr Mitgliederbestand im einzelnen zugenommen hat; trotzdem dürfte es uns nicht gelingen, jetzt irgend einen Unterschied gegenüber den „Lebensversicherungs-Unternehmungen" aufzustellen. Im Gegenteil: einzelne Sterbekassen nehmen jetzt einen Umfang an, der in nichts dem der großen Gesellschaften nachsteht. Die Rothenburger große Vereinssterbekasse zählt 1877/78 über 10 000 Mitglieder und erstreckt ihren Geschäftsbetrieb über ganz Preußen. Die Sterbekassen Atropos und Schutz und Trutz arbeiten in den 80er Jahren in Sachsen und zum Teil in Süddeutschland; beide zählen über 7000 Policen. In dieser Periode entstehen die Haynauer Sterbekasse (1859), jetzige Schlesische Lebensversicherungs-Gesellschaft a. G., die Sterbekasse deutscher Lehrerinnen und Erzieherinnen (1857), jetzige Allgemeine deutsche Pensionsanstalt für Lehrerinnen und Erzieherinnen a. G., die Sterbekasse für ehemalige Krieger und Waffengefährten (1876), jetzige Spandauer Versicherungs-Gesellschaft a. G., die Begräbniskasse des deutschen Privatbeamtenvereins (1885), jetzige Versicherungsgesellschaft a. G. usw. Alle diese Kassen beruhten vollständig, ebenso wie die Lebensversicherungs-Unternehmungen, auf mathematisch-statistischen Grundlagen, waren organisatorisch und acquisitorisch tätig und erlangten bald eine große Verbreitung, weit über ihre engere Heimat hinaus. Das Maximum der Versicherungssumme betrug 1000 bis 1500 Mk. und wurde später häufig auf 2000, ja auf 3000 bis 5000 Mk. erweitert.

Wir sehen, wenn man zu Beginn des 19. Jahrhunderts irgend einen wesentlichen Unterschied zwischen den Sterbekassen und den Lebensversicherungs-Unternehmungen nicht hat finden können, so muß jetzt eine derartige Aufgabe geradezu als unmöglich bezeichnet werden. Das Privat-Versicherungsgesetz, das zu Beginn des *20.* Jahrhunderts eine Kodifikation für das Recht der Versicherungsunternehmungen gab, hat denn auch die Konsequenz hieraus gezogen und die Sterbekassen mit Stillschweigen übergangen. Das Gesetz unterscheidet als Unternehmungsformen lediglich Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine a. G. und unter diesen wiederum große

und kleine Vereine.[26]) Erstere sind den Vorschriften über Vollkaufleute unterworfen und im Gesetz selbst eingehend geregelt; die „kleineren Vereine“ sind dagegen solche, die „bestimmungsgemäß einen sachlich, örtlich oder hinsichtlich des Personenkreises eng begrenzten Wirkungskreis“ haben; ihre Verfassung nähert sich der der bürgerlich-rechtlichen Vereine (§ 22 BGB.). Nur dann, wenn Vereine ihren Mitgliedern bzw. deren Angehörigen einen Rechtsanspruch auf die Leistungen der Kasse nicht einräumen,[27]) fallen sie, ähnlich wie die landrechtlichen Begräbniskassen,[28]) nicht unter das Privatversicherungsgesetz.

Hiermit sind wir mit der Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des Sterbekassenwesens in Preußen zum Abschluß gelangt. *Ein* Umstand, der für die Erörterung unseres Themas nicht nur historisch von Bedeutung ist, bedarf jedoch noch einer besonderen Erwähnung:

In einer großen Reihe der vorher erwähnten Gesetze insbesondere sozialpolitischen Inhalts befindet sich nämlich eine Vorschrift des Inhalts, daß eine Abtretung oder eine *Pfändung* der Ansprüche der Berechtigten gegen die in Frage kommenden Kassen unzulässig ist, so in § 4 des Gesetzes vom 3. IV. 1854, in § 10 des Hilfskassengesetzes vom 7. IV. 1876, in § 56 Abs. 2 des Krankenkassengesetzes in der Fassung vom 25 V. 1903 (in § 173 des Berggesetzes vom 24. VI. 1865) und in § 119 der RVO. Eine Begründung für diese auffallende Bestimmung gibt jedoch lediglich die Denkschrift zu dem Gesetz vom 3. IV.1854 (Sten. Berichte der 2. Kammer, 3. Bd. Nr. 58). Dort heißt es: „Der Arbeiter solle den Ertrag gesunder Tage für die Tage der Arbeitsunfähigkeit und Krankheit zurücklegen, um nicht der öffentlichen Armenpflege anheimzufallen. Gerade dieser Zweck würde aber vereitelt werden, wenn diese Ansprüche der freien Disposition unterliegen würden oder in die Hände von Gläubigern fallen könnten.“ Nachdem aber der Bann gebrochen und zum ersten Male durch ein Gesetz das Verbot einer Abtretung und Pfändung der Versicherungsansprüche festgelegt war, scheint dieser — so überaus soziale — Grundsatz ohne weiteres Billigung und Anerkennung gefunden zu haben. Denn wie erwähnt, begegnet er uns von jetzt an regelmäßig in den sozialen Gesetzen, und zwar, ohne daß er irgendwie in den Verhandlungen oder Motiven näher begründet wird. Aber noch mehr! Dieser Gedanke findet auch Aufnahme in die allgemeine Prozeßordnung (§ 749 Ziff. 4 der Zivilprozeßordnung in der Fassung vom 30. I. 1877).[29]) Und genau wie in den anderen Fällen, schweigen auch hier die Motive über den Grund jener Vorschrift und begnügen sich mit der Anführung der vollendeten Tatsache: man beschloß, „den bis-

[26]) Die Sonderstellung der eingeschriebenen Hilfskassen ist durch Gesetz vom 20. XII. 1911 beseitigt.

[27]) Die sog. Unterstützungsvereine.

[28]) Vgl. unsere Ausführungen S. 388.

[29]) Von historischem Interesse dürfte die Tatsache sein, daß bereits das Römische Recht ein gleiches Privileg gekannt hat. Vgl. das Statut des collegium funeraticium Lanuvium aus dem Jahre 136, abgedruckt bei *Bruns,* Fontes iuris antiqui I S. 390.



herigen Ausnahmen die Pensionen der Witwen und Waisen . . . . . . sowie die aus den Kranken-, Hilfs- und Sterbekassen, z. B. den Knappschaftskassen und Krankenkassen der Bergleute oder den gewerblichen Unterstützungskassen zu gewährenden Leistungen anzureihen".[30]) „Soweit indessen derartige Leistungen," heißt es dort weiter, „ihrem Betrage nach über den Zweck, zu welchem sie gewährt würden, hinausgingen, insbesondere den Charakter einer Lebensversicherung annähmen, solle selbstverständlich eine Beschränkung nicht eintreten." Von hier wurde dieser Grundsatz endlich in die jetzt geltende Prozeßordnung (§ 850 Ziff. 4 ZPO.) und in das bürgerliche Recht (§ 400 BGB.) übernommen, also in die Paragraphen, die den Ausgangspunkt für unsere Untersuchung gebildet haben.

Knüpfen wir nach dieser kurzen geschichtlichen Orientierung unsere dogmatischen Betrachtungen an die zuletzt zitierte Bemerkung der norddeutschen Protokolle an, so sehen wir, daß die von jener Kommission anscheinend beabsichtigte *Einschränkung* des Pfändungsverbots in dem Gesetz selbst nicht zum vollen Ausdruck gekommen ist. Allerdings erklärt dieses die Bezüge aus Witwen- und Waisenkassen, soweit sie 1500 Mk. übersteigen, hinsichtlich des Mehrbetrages für beschränkt pfändbar (§ 850 Abs. II ZPO.); dagegen ist eine gleiche Bestimmung für die Hebungen aus Sterbekassen nicht vorgesehen. Leztere sind daher in *vollem* Umfange unpfändbar, auch dann z. B., wenn sie „den Charakter einer Lebensversicherung" annehmen. Man könnte hiergegen vielleicht das einwenden, daß die von der Kommission beabsichtigte Einschränkung sich schon aus der Natur der Sache, aus dem Gebrauch des Wortes „Sterbe*kasse*", ergebe. Einer derartigen Auslegung widersprechen jedoch die Motive selbst sowie die geschichtliche Entwicklung der Sterbekassen. Die Motive sagen ja gerade, daß die Hebungen aus Sterbekassen dann pfändbar sein sollen, wenn die „Leistungen" ihrem Betrage nach über den Zweck, zu dem sie gewährt werden, hinausgehen. Sie setzen demnach voraus, daß Sterbe*kassen* an sich auch höhere Beträge gewähren könnten.[31]) Hiermit im Einklange stehen aber auch unsere obigen geschichtlichen Ausführungen,[32]) aus denen sich ergab, daß die Hebungen aus Sterbekassen häufig den Charakter einer Kapitalversorgung, einer „Lebensversicherung", angenommen haben.

Es ergibt sich nun die Frage, was war im Sinne der Zivilprozeßordnung vom 30. I. 1877 unter „Sterbekassen" zu verstehen?

Entscheidend ist für die Interpretation dieses Begriffes selbstverständlich nicht die oben[33]) erwähnte Definition in der Allerhöchsten Kabinettsordre vom 29. IX. 1833, da sie lediglich ein preußisches Gesetz war, während die ZPO. ja ein Reichsgesetz ist. Immerhin

[30]) § 1010 der Protokolle zum Norddeutschen Entwurf einer Zivilprozeßordnung 1870 IV S. 2051.

[31]) Unrichtig *Kayser* a. a. O., der diesen Zusatz auf die »große Lebensversicherung« von Lebensversicherungs*unternehmungen* bezogen wissen will.

[32]) Vgl. oben S. 390.

[33]) S. 388.



kommt sie doch m. E. insoweit für die Auslegung in Betracht, als man annehmen muß, daß die Verfasser der ZPO. es irgendwie zum Ausdruck gebracht haben würden, wenn sie von dem Begriff „Sterbekasse“ eine Auffassung gehabt hätten, die von jener gesetzlichen und auch mit dem damaligen Sprachgebrauch im Einklang stehenden Definition abgewichen wäre. Dies ist jedoch nicht geschehen. Im übrigen brauchen wir auf diese Fragen nicht näher einzugehen, da jene Definition juristisch nicht zu verwerten ist. Denn sie sagt lediglich: „Sterbekassen sind . . . . . Kassen“, ohne dabei anzugeben, was „Kassen“ sind. Der Begriff „Kassen“ hat zwar auch in anderen Gesetzen, z. B. bei der Legaldefinition der Hilfskassen in § 1 des HKG. von 1876, Verwendung gefunden, ist trotzdem aber kein terminus technicus, da er uns keine juristisch faßbare Vorstellung von der in Frage kommenden Unternehmerform gibt.

Man hat deshalb in der Literatur und Praxis mehrfach den Versuch unternommen, den Ausdruck „Sterbekasse“ zu definieren und ihn gegenüber dem der „Lebensversicherungs-Unternehmung“ abzugrenzen. Diese Begriffsbestimmungen sind jedoch so mannigfacher Art und lassen so wenig auch nur einigermaßen feste Wesensmerkmale erkennen, daß sie die Verwirrung nur vergrößern.

In einem Reskript vom 21. V. 1861 (M. Bl. f. d. i. V. S. 120) erklärt der Minister des Innern, die staatliche Aufsicht gegenüber den Sterbekassen — im Gegensatz zu den Lebensversicherungs-Unternehmungen — möglichst einschränken zu wollen, weil diese nicht durch Gewinnsucht geleitet würden, sondern sich durch gemeinnütziges Streben auszeichneten. — Abgesehen davon, daß die Sterbekassen, wie wir oben kurz erwähnt haben, damals häufig geradezu gemeinschädlich gewirkt haben,[34]) war die *Gemeinnützigkeit* auch bei den zu jener Zeit bereits bestehenden großen Gegenseitigkeitsanstalten, wie der Gothaer, der Iduna usw., gegeben.

Der gleichen Ansicht ist anscheinend auch das Bad. OLG. in einer Entscheidung vom 30. XII. 1879, abgedruckt in *Wallmanns* DJZ. 1880 S. 581. Weiter weist dieses Gericht darauf hin, daß als die Aufgabe der Lebensversicherung, bei der unbegrenzt hohe Summen versichert werden könnten, weniger die Beschaffung eines unmittelbar zur Verwendung bestimmten Kapitals anzusehen sei als die einer dauernden Versorgung der Hinterbliebenen. — Wie wenig diese Auffassung den damaligen tatsächlichen Verhältnissen gerecht wird, wo einzelne Kassen Versicherungssummen bis zu 3000 Mk. gewährten und ausdrücklich als ihren Zweck die Kapitalversorgung bezeichneten, haben wir oben[35]) schon eingehend erörtert. *Staudinger,*[36]) der einzige Schriftsteller, der an sich ebenfalls diese verschiedene Zweckbestimmung als Unterscheidungsmerkmal angibt, weist übrigens

[34]) Nach einer Zusammenstellung des preuß. Stat. Bureaus, 1893 IV S. 309, sind von den nur auf dem *Umlage*verfahren beruhenden Sterbekassen allein in Hannover in der Zeit von 1867 bis 1881 23, in der Zeit von 1882 bis 1891 8 Sterbekassen aufgelöst worden. — Vgl. auch *Woedtke* a. a. O. S. 152 f., 155.

[35]) S. 389.

[36]) Rechtslehre vom Lebensversicherungsvertrag 1858 S. 114 f.

darauf hin, daß sie juristisch völlig irrelevant sei. Mit Recht: denn tatsächlich ist sie höchstens *Motiv*, aber nicht *Zweck* der Leistung. (Vgl. dagegen jetzt § 203 RVO.)

Predöhl[37]) ist der Ansicht, das einzige Unterscheidungsmerkmal liege darin, daß bei Sterbekassen die Hebungen bei ungenügendem Bestande ohne weiteres reduziert werden könnten, während dies bei Lebensversicherungen unzulässig sei, da hier ein Vertrag abgeschlossen würde; Sterbekassen, in die die Mitglieder auf Grund eines Vertrages aufgenommen würden und bei denen ihnen eine bestimmte Summe ausdrücklich garantiert würde, seien Lebensversicherungs-Unternehmungen. — *Predöhl* verwechselt augenscheinlich die in dem Entwurf zum ALR. erwähnten, in dem Gesetz selbst aber gestrichenen Begräbniskassen mit den Sterbekassen. Denn bei den Sterbekassen haben die Mitglieder ja stets einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme gehabt.[38])

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal wird darin gefunden,[39]) daß Sterbekassen ehrenamtlich verwaltet würden, Versicherungsunternehmungen dagegen nicht. — Dies mag häufig zugetroffen haben. Da jedoch die Verwaltung durch unbesoldete Beamte gerade in einem Versicherungsunternehmen, in dem eine fachmännische, technische Leitung unbedingt erforderlich ist, nur als Nachteil bezeichnet werden kann, so sehen wir diesen eventuellen Unterschied jedenfalls überall dort beseitigt, wo die Sterbekassen über ihren allerengsten Bezirk räumlich hinausgewachsen sind. Dort erhalten die Kassenvorstände, ebenso wie bei den großen Versicherungsunternehmungen, Gehalt, sei es ein Fixum, sei es eine Freipolice oder eine Abgabe von jedem Begräbnisgeld, vgl. z. B. die die Verhältnisse bei der allgemeinen Sozietäts-Sterbekasse zu Königsberg 1832 beleuchtende Entscheidung des Obertribunals Bd. 21 S. 277, § 49 des revidierten Statuts der Rothenburger großen Vereinssterbekasse (1875), sowie die Angaben über die Gehälter der Vorstandsmitglieder bei den eingeschriebenen Hilfskassen bei *Leyers*, Die Hilfskassen in Gegenwart und Zukunft, S. 103.[40])

Endlich sollte, dies war die *herrschende* Ansicht, der Unterschied darin liegen, daß die Lebensversicherungs-Unternehmungen sich durch „verbesserte Regeln des Geschäftsbetriebes" kennzeichneten, großzügig und modern geleitet würden und nach einem auf mathematisch-statistischen Grundlagen aufgebauten Geschäftsplan arbeiteten, während die Sterbekassen ohne derartige zuverlässige Grundlagen mit „unklarer Gemütlichkeit" betrieben würden.[41]) „Ces

[37]) In Ztschr.f.H.R. XXII (1877) S. 475.

[38]) Siehe oben S. 387 f.

[39]) Vgl. z. B. *Bleicher* a. a. O. S. 14; *Rehm* in seinem Kommentar zum PrivVerUntG. S. 416 unten; *Hagen* in Arbeitswohl Bd. XXIII Heft 6 S. 148.

[40]) Wegen der mitunter abnorm *hohen* Gehälter, die die Gründer derartiger Kassen in *neuerer* Zeit häufig bezogen haben, vgl. die interessante Zusammenstellung in den Drucksachen des Reichstags 1907 Nr. 401 S. 75 ff. (betrifft den Entwurf eines Hilfskassengesetzes vom 3. V. 1907).

[41]) *Hinrich* in Zeitschrift f. Handelsrecht (1875) Bd. 20 S. 345. Ebenso *Endemann* ebenda (1866) Bd. 10 S. 274 ff.; *Maurenbrecher* a. a. O. § 285; *Lewis*

anciennes caisses mortuaires étaient de véritables caisses d'assurances, mais plus ou moins informes, plus ou moins rudimentaires" (*Adan,* Nature du contrat d'assurance sur la vie 1876 S. 40). — So zutreffend diese Auffassung aber auch vom Standpunkt der historischen Geschichtsforschung aus gewesen sein mag, so läßt sie ein juristisch faßbares Unterscheidungsmerkmal doch nicht erkennen. Sie versagt auch dort, wo sachverständige und zuverlässige Leiter an der Spitze der Sterbekassen standen, die sich die Erfahrungen auf dem Gebiete der Versicherungswissenschaft zunutze machten und ihr Unternehmen nach einem auf wissenschaftlicher Basis beruhenden Geschäftsplan leiteten, wie bei der Hamburger Allgemeinen Versorgungs-Anstalt (1870), der Rothenburger großen Vereinssterbekasse, der Sterbekasse zu Wahlstatt, der Haynauer Sterbekasse u. a. m.

Wir sehen, alle diese Unterscheidungsmerkmale, die die Schriftsteller damals (um 1875) hervorgehoben haben, halten einer näheren Betrachtung nicht stand. Werfen wir nun noch einen Blick in die für den *praktischen* Gebrauch bearbeiteten Versicherungs-Jahrbücher und Statistiken jener Zeit, in *Neumanns* Jahrbuch, in die Tabellen von *Israel* oder *Iranyi,* so finden wir dort ebenfalls — entgegen der heutigen Geschäftspraxis — einzelne *Sterbekassen* unter den „Lebensversicherungs-Unternehmungen" mit aufgeführt, so z. B. die Sterbekasse Schutz und Trutz, die Rothenburger, die Haynauer Sterbekasse, Atropos u. a. m. Alle diese Umstände, einerseits das Fehlen einer Definition des Begriffes „Sterbekasse" und die offenbare Unmöglichkeit, diesen Ausdruck zu präzisieren und ihn gegenüber dem der „Lebensversicherungs-Unternehmung" einwandfrei abzugrenzen, anderseits die eben berührten tatsächlichen Verhältnisse zwingen uns zu der Annahme, *das Vorhandensein eines faßbaren Unterschiedes, sei es im juristischen, sei es im wirtschaftlichen Sinne, zwischen den Versicherungsunternehmungen a. G. und den damaligen Sterbekassen in Abrede zu stellen.*

Die unmittelbare Folge dieser Feststellung ist die, daß wir unter dem Begriff „Sterbekasse" im Sinne des § 749 (jetzigen 850) Ziff. 4 der ZPO. von 1877 alles das begreifen müssen, was damals *unter diesem Namen im Rechts- und Verkehrsleben* aufgetreten ist. Unter die „Sterbekassen" fallen demnach in jener Zeit die Innungskassen der Gewerbetreibenden und der Fabrikarbeiter, die eingeschriebenen Hilfskassen und Genossenschaften, sowie alle die anderen kleinen und großen Versicherungsunternehmungen a. G., die sich selbst als „Sterbekassen" bezeichneten. Die Hebungen aus allen diesen Kassen waren der Pfändung nicht unterworfen, gleichviel ob die Sterbekasse

---

a. a. O. S. 309; *Elster* a. a. O. S. 29; *Rüdiger,* Rechtslehre vom Lebensversicherungsvertrag 1885 S. 7. — Vgl. hierzu auch *Knebel Doeberitz* und *Broecker*, Das Sterbekassenwesen in Preußen 1902 S. 19, nach deren Ansicht sich die Sterbekassen grundsätzlich in »*einfacheren* Verwaltungsformen« bewegen als die nach strengeren Grundsätzen geleiteten »eigentlichen« Lebensversicherungsunternehmungen; sowie hiergegen wiederum *Kayser* a. a. O. S. 361: Der Geschäftsbetrieb der »Sterbekassen« großer Versicherungsunternehmungen ist häufig einfacher und kleiner als der der kleinen Sterbekassen!

eine „offene“ oder eine „geschlossene“ war, gleichviel ob das Maximum der Versicherungssummen 20 Taler betrug oder 1000 Taler, gleichviel ob die Kasse 50 Mitglieder zählte oder, wie die Rothenburger Vereinssterbekasse 1877/78, über 13 000, gleichviel endlich, ob der Zweck der Sterbekasse die „Deckung der Begräbniskosten“ war oder die „Versorgung der Hinterbliebenen“.

Nur zwei Punkte möchte ich noch kurz erörtern:

1. In neuerer Zeit ist mitunter, so von *Behrend* in der L. Z. Bd. 1 S. 385 ff. (vgl. oben S. 384) unter Hinweis auf die Entstehungsgeschichte des § 850 Ziff 4 ZPO., die Ansicht vertreten worden, daß sich das in diesem Paragraphen zum Ausdruck gelangte Pfändungsverbot nur auf die Sterbekassen des *öffentlichen* Rechts beschränke. Diese Auffassung ist jedoch, wie sich bereits aus unseren bisherigen Ausführungen ergibt, unzutreffend; sie wird im übrigen aber auch (hierauf möchte ich ganz besonders hinweisen) *gerade durch die Entstehungsgeschichte* dieses Paragraphen widerlegt. Denn ursprünglich wurden diese Pfändungsverbote ja, wie wir oben gesehen haben, einzelnen Spezialgesetzen, so dem Gesetz vom 3. IV. 1854, dem Berggesetz vom 24. VI. 1865, dem Hilfskassengesetz vom 7. IV. 1876, eingefügt und *dann erst* in die ZPO. übernommen. Dies rechtfertigt jedoch den Schluß, daß von jetzt an dieses Privilegium nicht nur für die bereits erwähnten Sterbekassen, sondern allgemein für *sämtliche* Sterbekassen gelten sollte. Dazu kommt, daß abgesehen von den Knappschaftskassen die eben erwähnten, durch die Spezialgesetze geregelten Sterbekassen damals gar nicht Kassen des *öffentlichen* Rechts waren, sondern fachgenossenschaftliche *Privat*vereine,[42]) so daß auch schon aus diesem Grunde die Bestimmung des § 850 Ziff. 4 ZPO. nicht ausschließlich für die Kassen des öffentlichen Rechts Bedeutung beanspruchen konnte.

2. Wir haben im Eingang unserer Abhandlung hervorgehoben, daß außer den vorerwähnten Sterbe*kassen* bereits um 1877 mehrere große Lebensversicherungs-Unternehmungen existierten, die in ihren Geschäftsbetrieb die sogenannte Sterbegeld-Versicherung, die Versicherung der kleinen Leute mit kleinen Summen, aufgenommen hatten. Waren nun damals die Ansprüche aus *diesen* Versicherungsverträgen durch § 749 Ziff. 4 ZPO. als „Hebungen aus einer Sterbekasse“ gegen eine Pfändung seitens der Gläubiger des Versicherten geschützt? Dies läßt sich — leider — mit Sicherheit aus den Quellen nicht mehr nachweisen. In den verschiedenen Spruchsammlungen habe ich nur eine einzige gerichtliche Entscheidung gefunden, die sich mit dieser Frage befaßt hat, nämlich die des Bad. OLG. vom 30. XII. 1879 in *Wallmanns* DJZ. 1880 IV S. 581. A. a. O. ist der Tatbestand jedoch so kurz angegeben, daß man nicht genau feststellen kann, ob es sich um einen gepfändeten Anspruch

---

[42]) Siehe oben S. 390 sowie *Gierke*, Genossenschaftstheorie S. 162, 659 Anm. 1 und wegen des Charakters der »eingeschriebenen Hilfskassen« *Leyers* a. a. O. S. 3 ff.



aus einem richtigen *Lebens*versicherungsvertrage gehandelt hat oder um einen solchen aus einer *Sterbegeld*versicherung. Das Gericht lehnte jedenfalls die Anwendung des § 749 Ziff. 4 ZPO. auf den zur Beurteilung stehenden Fall ab, und zwar mit der Begründung, daß „die Hebungen aus Lebensversicherungsverträgen nicht einer augenblicklichen Notlage abhelfen, sondern eine dauernde Versorgung erzielen" sollten. — Daß jedoch auch Sterbekassen damals sehr häufig die Funktion der Lebensversicherungs-Unternehmungen in dem eben gekennzeichneten Sinne erfüllt haben, haben wir oben eingehend erörtert; ebenso übersieht das Gericht, daß umgekehrt die Sterbegeldversicherung der großen Lebensversicherungs-Unternehmungen stets den Zweck verfolgt hat, die Begräbniskosten zu decken, also einer „augenblicklichen Notlage der kleinen Leute abzuhelfen", wobei wir freilich voraussetzen, daß es sich in der oben zitierten gerichtlichen Entscheidung um die Frage der Pfändbarkeit einer *Sterbegeld*versicherung gehandelt hat.

In der wissenschaftlichen Literatur berührt lediglich *Puchelt* in seinem Kommentar zur ZPO. 1878 zu § 749 Ziff. 4 die von uns aufgeworfene Streitfrage, aber ebenfalls, ohne eine unzweifelhafte Entscheidung zu treffen. Seiner Ansicht nach ist die Anwendung des § 749 Ziff. 4 ZPO. auf die Sterbegeldversicherung dann geboten, wenn die Lebensversicherungs-Unternehmungen besondere „Kassen" bildeten. Irgendeine Begründung fügt er seiner Auffassung nicht bei.

Wenden wir uns nach dieser kurzen historisch-dogmatischen Betrachtung dem gegenwärtigen Rechtszustande zu, so müssen wir vorweg bemerken, daß die jetzt geltenden Gesetze die von uns hervorgehobenen Bedenken nicht nur nicht beseitigt, sondern, im Gegenteil, *neuen* Zweifelsfragen Eingang verschafft haben. Dies liegt daran, daß das Gesetz betr. die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. V. 1901 den Ausdruck „Sterbekasse" vermeidet, im übrigen aber den Kreis der *Unternehmungsformen*, die zum Betriebe der Lebensversicherung zugelassen werden dürfen, erschöpfend regelt. Will man also nicht annehmen, daß die Bestimmung des § 850 Ziff. 4 ZPO. gegenstandslos geworden ist und auf neu entstandene Kassen nicht mehr angewandt werden darf, will man sich vielmehr, wie ich es für zutreffend erachte, auf den Standpunkt stellen, daß auch hier lex posterior derogat legi priori, so muß man den Begriff „Sterbekasse" im Sinne der ZPO. von 1877, wie wir ihn oben festgelegt haben, nach Möglichkeit in den Rahmen der jetzt geltenden gesetzlichen Bestimmungen einzufügen versuchen.

Dies wird jedoch dadurch erschwert, daß sich der juristische Sprachgebrauch bezüglich des Wortes „Sterbekasse" jetzt geändert und auf eine 1877 kaum vertretene Lehrmeinung[43]) festgelegt hat. In dem Zeitraum von 1877 bis 1900 haben sich nämlich die sogenannten Sterbekassen in noch höherem Maße als zuvor die von den großen Lebensversicherungs-Unternehmungen gewonnenen Erfahrungen zunutze zu machen gewußt, so daß 1899 nach den Angaben

[43]) Vgl. *Staudinger* a. a. O.

von *Manes*[44]) von 3634 Sterbekassen bereits 277 auf rein wissenschaftlicher, versicherungstechnisch einwandfreier Grundlage errichtet waren, eine Zahl, die infolge der dankenswerten Bemühungen des Aufsichtsamts seitdem noch ganz beträchtlich zugenommen hat. Durch diese Tatsache wird aber die früher *herrschende*, wenn auch, wie wir gesehen haben, unberechtigte Ansicht, die den „nicht planmäßigen" Betrieb als Unterscheidungsmerkmal aufgestellt hatte, ad absurdum geführt.[45]) Da man es aber auch jetzt für nötig erachtete, irgendein Unterscheidungsmerkmal beizubehalten, hat man dieses in dem „verschiedenen Zweck" der Sterbekassen und der Lebensversicherungs-Unternehmungen gefunden. So beschränken *Knebel Doeberitz* und *Broecker*[46]) die Aufgabe der *Sterbekassen* auf die „Leistung eines Zuschusses zu den durch den Sterbefall entstehenden Kosten, durch den den Angehörigen der zumeist minder begüterten Schichten die mit dem Todesfall verbundenen Lasten erleichtert werden sollen, während die *Lebensversicherung* die Ansammlung von Kapitalien bezweckt". Der gleichen Ansicht folgen nunmehr fast sämtliche Kommentatoren und die Gerichte,[47]) indem sie offenbar hierbei nur oder wenigstens vornehmlich an die große Zahl der zurzeit bestehenden Krieger- und Schützenvereins-Sterbekassen denken, so daß *diese* Auffassung unbedingt als die *jetzt herrschende* bezeichnet werden muß. Gleichwohl widerspricht sie einerseits, wie wir oben gesehen haben, der geschichtlichen Entwicklung des Sterbekassenwesens, und anderseits steht sie auch insofern mit dem *jetzigen* Sprachgebrauch in Widerspruch, als zurzeit eine große Reihe von „Sterbekassen" 1500 Mk., 2000 Mk.[48]) oder mehr versichern, also Beträge gewähren, die weit die „zur Deckung der Beerdigungskosten" erforderlichen Summen, selbst einschließlich sonstiger mit einem Todesfall verbundener Ausgaben, übersteigen.

Zum Teil scheint man in der Literatur und Praxis der Jetztzeit diesen Gegensatz auch herausgefühlt zu haben. Denn wir begegnen hier mitunter Versuchen, den Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten abzuhelfen, die sich aus dieser Nichtbeachtung der bestehenden wirtschaftlichen Verhältnisse mit Notwendigkeit ergeben müssen. Im großen und ganzen treten sich drei Auffassungen gegenüber:

Knebel Doeberitz und *Broecker* stellen a. a. O. die Ansicht auf, daß nur derartige Versicherungen (bei einem „kleineren Verein" — Oder auch bei einer größeren Lebensversicherungs-Unternehmung?) als „Sterbekassenversicherungen" angesprochen werden könnten und

---

[44]) Versicherungs-Lexikon, Art. Sterbekasse, S. 1210.

[45]) So nimmt z. B. das OLG. München in Rechtsprechung der OLG. Bd. 19 S. 20 mit Recht an, daß auch Sterbekassen einen »Reservefonds« bilden können.

[46]) Das Sterbekassenwesen in Preußen S. 19 Ziff. 4.

[47]) Die Literaturangaben siehe oben S. 384; insbesondere vgl. *Gaupp-Stein, Petersen*, OLG. Breslau, LG. Berlin, Dresden, Görlitz a. a. O.

[48]) So die Sterbekasse deutscher Werkmeister (bis 1500 Mk.), die Sterbekasse deutscher Rechtsanwälte (bis 2000 Mk.), die Sterbekasse des Leipziger Ärzteverbandes (bis 2000 Mk.), die Zentralsterbekasse Leo (bis 2000 Mk.), die Begräbniskasse des deutschen Privatbeamtenvereins (bis 3000 Mk.), die Sterbekasse deutscher Lehrer (bis 5000 Mk.) u. a. m.

demnach unpfändbar seien, die als Sterbegeld nicht mehr als 1000 Mk. gewährten. Sie heben hierbei hervor, daß diese Summe in der Regel freilich die „Begräbniskosten“ weit übersteigen wird, halten diesen Umstand jedoch für unerheblich, da der Versicherte einen Anspruch auf ein „würdiges Begräbnis“ habe, und da das Sterbegeld über seinen eigentlichen Charakter als *Zuschuß* zu den Begräbniskosten hinaus auch zur vollen Deckung der Kosten der „letzten Krankheit“ usw. bestimmt sei. — So sehr diese Auslegung de lege ferenda Beachtung verdient, so findet sie doch m. E. weder in dem Gesetz noch in den tatsächlichen Verhältnissen eine Stütze und läßt sich auch von historischen Erwägungen aus nicht rechtfertigen. Ich erinnere daran, daß die ZPO. in § 850 Ziff. 4 dem Pfändungsverbot keine Grenze gezogen, sondern die Hebungen aus Sterbekassen *ohne jegliche Einschränkung* für unpfändbar erklärt hat; ich erinnere ferner daran, daß der Begriff der „Sterbekassen“ damals sowohl wie vordem und später ein schwankender und juristisch nicht faßbarer gewesen ist, und daß endlich zu allen Zeiten eine Reihe von „Sterbekassen“ Versicherungssummen gewährt haben, die den Betrag von 1000 Mk. weit überstiegen haben (vgl. insbesondere unsere Ausführungen S. 393, 387, 390, 396).

Einige andere, ebenfalls auf dem Boden der herrschenden Lehre stehend, wollen *von Fall zu Fall* entscheiden, ob eine Versicherung „zur Deckung der Beerdigungskosten“ bestimmt ist oder ob sie „eine Versorgung der Hinterbliebenen“ bezweckt. — Gegen diese Auffassung sprechen unsere soeben geltend gemachten Bedenken in erhöhtem Maße, da das in § 850 Ziff. 4 ZPO. statuierte Pfändungsverbot *niemals* eine derartig subjektive Auslegung gefunden hat. Dazu kommt aber auch das Moment, daß es in der Praxis kaum durchführbar ist, aus dem „Zweck“ der Versicherung und aus der „Höhe“ der Hebungen in jedem einzelnen Falle ein sicheres Kennzeichen zu gewinnen.[49]) Über den angeblichen Zweck müßten dann schon die Statuten oder der spezielle Aufnahmeantrag einen Aufschluß geben; in den Fällen, in denen diese aber versagen, wird sich nur sehr schwer der Nachweis nach der einen oder nach der anderen Richtung erbringen lassen, — in jedem Falle wird dann aber der von dem Pfändungsschuldner, dem Erben des Versicherungsnehmers, behauptete Zweck, „Deckung der Begräbniskosten“, durch die Dauer des Prozeßverfahrens vereitelt werden. Und nicht anders verhält es sich mit der „Höhe“ der Hebungen. Soll man hier die Entscheidung auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung abstellen oder auf den des Todes des Versicherten? Was in dem ersteren als Kapitalversorgung gedacht war, kann, wenn sich die Verhältnisse des Versicherungsnehmers verschlechtert haben, bei seinem Tode nur

---

[49]) Recht charakteristisch hierfür sind zwei Entscheidungen, die die »Rothenburger« betreffen. In beiden Fällen handelte es sich um Versicherungen von (höchstens) 600 Mk. Diesen Betrag erachtete das OLG. Breslau in seinem oben S. 384 zitierten Urteil vom 7. X. 1905 für *un*pfändbar, das LG. Görlitz dagegen — und sogar unter ausdrücklichem Hinweis auf das Breslauer Urteil — für pfändbar (Beschluß vom 23. XII. 1911; siehe oben S. 382).

gerade zur Deckung der Begräbnis- und Arztkosten ausreichen, wie auch umgekehrt eine lediglich zur Deckung der Beerdigungskosten bestimmte Versicherung im Zeitpunkt des Todes ein Kapital für den Erben vorstellen kann.

Die dritte, von *Lederle* a. a. O. vertretene Ansicht identifiziert „Sterbekassen" im Sinne des § 850 Ziff. 4 ZPO. mit „kleineren Vereinen" im Sinne des § 53 PrivUntVG., erachtet also nur die Hebungen, die diese anweisen, für unpfändbar. — Diese Rechtsansicht bietet gegenüber der zuletzt erörterten den großen Vorteil, daß sie eine feste Grenze erkennen läßt; denn was „kleinere Vereine" sind, steht absolut fest (§ 53 Abs. IV l. c.). Sie bietet gegenüber der von *Knebel Doeberitz* und *Broecker* vertretenen den Vorteil, daß sie — unter Umständen — Versicherungsforderungen auch dann gegen eine Pfändung seitens der Gläubiger schützt, wenn diese den Betrag von 1000 Mk. übersteigt. Ich erinnere hier an die große Zahl „kleinerer Vereine", die *1500* oder *2000* Mk. gewähren, wie die Sterbekasse der deutschen Rechtsanwälte, des Leipziger Ärzteverbandes, Leo usw. usw. Sie hat jedoch *den* Nachteil, daß sie 1. alle jene „Sterbekassen" ausschaltet, die *große* Gegenseitigkeitsunternehmungen sind, mögen diese, wie z. B. die Sterbekasse des deutschen Kriegerbundes, auch nur ein Sterbegeld von *1000* Mk. gewähren, und 2. alle jene unendlich vielen kleinen Vereine mit einem häufig noch weit geringeren Sterbegeld nicht berücksichtigt, die ihr Portefeuille an einen großen Gegenseitigkeitsverein oder gar an eine Aktiengesellschaft abgetreten haben. Zu der ersten Kategorie, den *großen* Lebensversicherungs-Unternehmungen, würden zunächst diejenigen zu rechnen sein, die sich jetzt noch als „Sterbekasse" bezeichnen, wie die Sterbekasse des Bundes der deutschen Militäranwärter, der deutschen Lehrer, des Bundes der deutschen Gastwirte, des deutschen Kriegerbundes, des deutschen Privatbeamtenvereins[50]) usw., dann aber auch diejenigen, die dieses epitheton ornans in ihrer Firma fortgelassen haben, trotzdem aber noch die Sterbekassenversicherung wie früher betreiben, wie die Schlesische Lebensversicherungs-Gesellschaft a. G. (frühere Haynauer Sterbekasse), die Allgemeine deutsche Pensionsanstalt für Lehrerinnen und Erzieherinnen (frühere Sterbekasse deutscher Lehrerinnen und Erzieherinnen), die Spandauer Versicherungsgesellschaft a. G. (frühere Sterbekasse für ehemalige Krieger und Waffengefährten) u. a. m. Was die zweite Kategorie anbelangt, so erübrigt sich hier das Anführen von Beispielen; denn derartige Fusionen stehen ja zur Zeit auf der Tagesordnung. Hier bedarf — als für unsere späteren Deduktionen wichtig — lediglich der Umstand einer Erwähnung, daß die Auflösung einer Sterbekasse und die Übertragung ihres Versicherungsbestandes auf ein anderes Versicherungsunternehmen *nicht* den Abschluß *neuer* Versicherungs-

[50]) Die beiden letzterwähnten gehören eigentlich schon in die zweite Kategorie. Denn die Sterbekasse des deutschen Kriegerbundes ist vor kurzem durch Fusion in die Friedrich Wilhelm und die des deutschen Privatbeamtenvereins (nach Zusammenlegung mit den anderen drei Kassen dieses Vereins) in den neugegründeten Gegenseitigkeitsverein Deutscher Adler aufgegangen.



verträge seitens der früheren Sterbekassenmitglieder erforderlich macht; die ursprünglichen Versicherungsverträge brauchen bei der Verschmelzung mit einer Gegenseitigkeitsanstalt gar keine und bei der Verschmelzung mit einer Aktiengesellschaft nur formelle, durch den Wegfall der Vereinsmitgliedschaft und der Haftung bedingte Änderungen zu erleiden, bleiben inhaltlich — hinsichtlich der Höhe des Sterbegeldes und der Prämien — also unverändert.

Ich bin nun *der* Ansicht, daß diese zwei Kategorien ebenfalls in den Kreis der „Hebungen aus Sterbekassen" einbezogen werden müssen, die nach § 850 Ziff. 4 ZPO. gegen eine Pfändung durch die Gläubiger des Versicherungsnehmers geschützt sind. Für diese Auffassung sprechen, wie ich in dieser Abhandlung darzulegen versucht habe, schwerwiegende wirtschaftliche und juristische Gründe und Erwägungen, die nicht nur die geschichtliche Entwicklung des Sterbekassenwesens in Betracht ziehen, sondern die auch auf den jetzigen tatsächlichen Verhältnissen fußen. Hält man sich all dieses vor Augen, so ergibt sich lediglich die Frage, ob sich diese Auffassung mit den bestehenden Gesetzen vereinigen, und ob sich weiter vielleicht für das, was hiernach etwa als „unpfändbar" zu betrachten ist, eine auch diese Kategorien mitumfassende allgemein gültige Formel aufstellen läßt, — oder ob wir uns begnügen müssen, eventuell de lege ferenda zu berücksichtigende Vorschläge zu machen.

Ich halte die Bejahung der ersten Alternative für möglich.

Die Aufgabe dieser Arbeit war es, den Nachweis zu erbringen, daß der Begriff „Sterbekasse", wie ihn die ZPO. gebraucht, niemals, weder um die Wende des 18. Jahrhunderts noch um 1877 oder jetzt im Beginn des 20. Jahrhunderts, ein juristisch festbestimmter — und kaum jemals ein volkswirtschaftlich präzisierbarer terminus technicus gewesen ist. Auf Grund dieser Feststellung waren wir zu dem Ergebnis gekommen, das Pfändungsverbot des § 749 (jetzigen § 850) Ziff. 4 ZPO. auf alle die Versicherungsunternehmungen anzuwenden, die um 1877 im Rechtsleben unter dem Namen „Sterbekassen" aufgetreten sind. Wir hatten dann darauf hingewiesen, daß die in der *Jetztzeit* vertretenen Ansichten, das beneficium competentiae des § 850 Ziff. 4 ZPO. auf die „kleineren Vereine" zu beschränken oder von Fall zu Fall eine Entscheidung zu treffen oder endlich den unpfändbaren Betrag, weil zur Deckung der Begräbniskosten bestimmt, auf 1000 Mk. festzusetzen, willkürlich sind und den bestehenden Verhältnissen nicht gerecht werden. Erinnern wir uns demgegenüber daran, daß die „Sterbekassen" jetzt sowohl wie früher nicht nur bloß kleine, *örtlich* begrenzte, sondern häufig auch für den Großbetrieb berechnete, planmäßig geleitete „große Versicherungsunternehmungen" gewesen sind, und daß wir weiter auch die Hebungen aus derartigen Anstalten, z. B. aus der Großen Vereins-Sterbekasse zu Rothenburg, die 1877 bereits über 10 000 Mitglieder zählte und in ganz Preußen tätig war, für unpfändbar erachtet haben, so müssen wir zunächst anerkennen, daß es auch jetzt keinen Unterschied machen darf, ob ein Versicherungsunternehmen ein kleiner (so

Lederle a. a. O.) oder ein großer Verein im Sinne des Privatversicherungsgesetzes ist. Doch wo liegt die Grenze?

Unstreitig ist es niemals Zweck der Bestimmung des § 850 Ziff. 4 ZPO. gewesen, Ansprüche aus *Lebens*versicherungsverträgen gegen eine Inanspruchnahme durch die Gläubiger zu schützen, sondern lediglich solche gegenüber *Sterbekassen.* Wenn wir es nun auch als unmöglich bezeichnet haben, für die Zeit um 1877 eine genauere Abgrenzung der Lebensversicherungs-Unternehmungen gegenüber den Sterbekassen vorzunehmen, so sind wir nach unseren vorstehenden Ausführungen doch gezwungen, eine solche für die Gegenwart zu treffen. Freilich darf diese nicht willkürlich sein; vielmehr muß sie sich unter Zugrundelegung unserer modernen Anschauungen nach Möglichkeit an die jetzigen Gesetze anzupassen suchen. In diesen begegnen uns nun zwei Gegensätze, die an sich für die Bestimmung des modernen Begriffs der „Sterbekasse“ in Frage kommen können, nämlich

1. der zwischen „kleinem“ und „großem“ Verein. — Wie wir oben (S. 401) gesehen haben, ist diese Unterscheidung für uns jedoch nicht verwertbar, — und
2. der zwischen der „Sterbegeld-, Volks- und sonstigen Lebensversicherung mit kleineren Beträgen“ und der Kapitalversicherung.

Vergleichen wir nun die *Sterbegeldversicherung* mit den durch § 850 Ziff. 4 ZPO. geschützten „Hebungen aus einer Sterbekasse“, so drängt sich uns jetzt, wo wir vom historischen und vom dogmatischen Standpunkt aus den Zweck und das Wesen der Sterbekassen betrachtet haben, unwillkürlich der Gedanke auf, beide *einander gleichzusetzen.*

Mit der Sterbegeldversicherung hatten wir uns im Eingange unserer Arbeit kurz beschäftigt.[51]) Wir hatten gesehen, daß die herrschende Ansicht als den Zweck dieser Versicherung den bezeichnete, „die Begräbniskosten usw. zu decken“. Den gleichen Zweck verfolgt aber auch nach der jetzt herrschenden Ansicht die Versicherung bei einer Sterbekasse. Wir haben diese Auffassung an der Hand von Tatsachen zu widerlegen versucht. Prüfen wir nun *unser* Ergebnis, so müssen wir *ebenfalls* vollkommene Gleichheit feststellen. Denn wir haben Sterbekassen kennen gelernt, die Summen bis zu 2000, 3000, ja 5000 Mk. versichern, und ebenso auch Sterbegeldversicherungen, die bis zu den gleichen Maximalbeträgen gehen. Ebenso sind die Zahlung der Prämien in kleinen Raten, das Abholen derselben durch Agenten bzw. Vertrauensmänner, die Festsetzung eines im Verhältnis zur Kapitalversicherung jedenfalls niedrigen Maximums für die Höhe der Versicherungssummen, der Fortfall der ärztlichen Untersuchung und die Vereinbarung einer Karenzzeit Eigenartsmerkmale, die der Sterbegeld- und der Sterbekassenversicherung gemeinsam, wenn auch nicht ihr unbedingtes Erfordernis sind. Alle diese Momente sprechen dafür, der Sterbegeld-

---

[51]) Oben S. 380 ff.

versicherung im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes den Schutz des § 850 Ziff. 4 ZPO. zukommen zu lassen. Demgegenüber läßt sich höchstens *das* Bedenken anführen, daß § 850 Ziff. 4 ZPO. von Hebungen aus einer „Sterbekasse", also einem Versicherungs*unternehmen,* spricht, während wir ja die Behauptung aufstellen, daß die Sterbegeld*versicherung,* also der Anspruch aus einem besonders gearteten Vertrage ohne Rücksicht auf die *Form* des Versicherungsbetriebes, geschützt sei. M. E. ist dieser Einwand jedoch unerheblich. Dies können wir am besten wohl dann erkennen, wenn wir uns einen in der Praxis sehr häufigen Fall vor Augen führen.

Nehmen wir an, eine kleine Sterbekasse wird mit einem großen Gegenseitigkeitsverein fusioniert. Diese Transaktion vollzieht sich, wie wir oben bemerkt haben, derart, daß die Versicherungsverträge als solche bestehen bleiben; es werden also keine neuen abgeschlossen. Die Folge der Verschmelzung ist jedoch die, daß die Sterbekassenmitglieder keine Sterbekassenversicherung mehr zu laufen haben, sondern — — eine Sterbegeldversicherung. Dabei sind die Versicherungsverträge als solche im einzelnen inhaltlich sowohl wie juristisch vollständig gleich geblieben! Und bei dieser Sachlage soll man bloß die Frage der „Zulässigkeit einer Pfändung" anders beurteilen, weil nunmehr die Hinterbliebenen keine Hebung aus einer *Sterbekasse* mehr besitzen, sondern eine Sterbegeldversicherung ausgezahlt erhalten?!

Wir sehen, dieses einfache, fast alltägliche Beispiel führt den von uns aufgeworfenen Einwand ad absurdum. Dazu kommt ferner, daß das einzelne Sterbekassenmitglied an den jene Fusion bestimmenden Majoritätsbeschluß *gebunden* ist und so auch gegen seinen Willen die Umwandlung seiner Sterbekassenversicherung in eine Sterbegeldversicherung mitansehen muß. Endlich ist in Betracht zu ziehen, daß es nicht angängig ist, einerseits Verschmelzungen von kleineren Sterbekassen mit großen Versicherungsunternehmungen, wie es zurzeit — und mit Recht — geschieht, nach Möglichkeit zu fördern, und anderseits den Sterbekassenmitgliedern als Folge der Verschmelzung das Recht zu nehmen, das ihnen bis dahin in § 850 Ziff. 4 ZPO. gewährleistet war. Unser an den *Wortlaut* dieses Paragraphen sich anklammerndes Bedenken ist somit hinfällig.

Das Ergebnis ist demnach: *Das Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen kennt keine „Sterbekassen" mehr. Soweit und in dem gleichen Umfange, in dem derartige Unternehmungen vordem den Schutz des § 850 Ziff. 4 ZPO. genossen haben, kommt dieser jetzt der „Sterbegeldversicherung" zu.* Mit anderen Worten: durch die moderne Versicherungsgesetzgebung ist § 850 Ziff. 4 ZPO. *stillschweigend abgeändert* worden. Diese Auslegung vermeidet die von uns oben als willkürlich und unpraktisch verworfene „Entscheidung von Fall zu Fall"; denn der Begriff „Sterbegeldversicherung" läßt sich unzweideutig im Anschluß an unsere eingangs angeführten Wesensmerkmale an der Hand der Satzung oder der Versicherungs-

bedingungen bestimmen. Sie berücksichtigt weiter die „eigentlichen" Sterbekassen, d. h. die örtlich oder beruflich engbegrenzten „kleineren Vereine", an die man ja zunächst denkt, wenn von „Sterbekassen" die Rede ist, — sofern diese Sterbegeldversicherungen abschließen. (Die Sterbegeldversicherung wird nämlich nicht ausschließlich von den großen Versicherungsanstalten, den Aktiengesellschaften und Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, betrieben, da der Großbetrieb nicht zu ihren Wesensmerkmalen gehört,[52]) sondern häufig, eigentlich sogar regelmäßig, auch von den „kleineren" Vereinen. Und endlich bietet diese Konstruktion den Vorteil, daß sie, im Gegensatz zu der von *Lederle* aufgestellten, nicht allein diese kleineren Vereine berücksichtigt, sondern vor allem auch die oben S. 401 erwähnten beiden speziellen Kategorien von „Sterbekassen" im Geiste der ZPO. von 1877. Denn nach dieser Auslegung fallen sowohl Sterbekassen, die mit einem Gegenseitigkeitsverein oder mit einer Aktiengesellschaft fusioniert worden sind, wie auch diejenigen, die sich aus anderen Gründen seit mehr oder weniger langer Zeit in einen großen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit umgewandelt haben, unter § 850 Ziff. 4 ZPO — vorausgesetzt freilich und selbstverständlich auch nur insoweit, als diese Unternehmungen jetzt eine *Sterbegeld*versicherung betreiben, wie z. B. die Rothenburger Versicherungsanstalt a. G., die Schlesische Lebensversicherungsgesellschaft zu Haynau, die Sterbekasse der deutschen Lehrer, des deutschen Kriegerbundes, der deutschen Militäranwärter usw. usw.

Prüfen wir nun das von uns gewonnene Ergebnis weiter, so bringt uns unsere Konstruktion zwanglos auf den Gedanken, auch in *anderen* Fällen die Ansprüche aus der Sterbegeldversicherung für unpfändbar zu erachten. Weder im juristischen noch im wirtschaftlichen Sinne besteht nämlich irgendein Unterschied zwischen einer „Sterbegeldversicherung", die eine solche erst auf Grund einer Fusion einer *Sterbekasse* mit einer Aktiengesellschaft geworden ist, und einer „Sterbegeldversicherung", die von Anfang an bei derselben Aktiengesellschaft genommen ist. Diese augenscheinliche Gleichartigkeit beider Fälle nötigt uns m. E. zu der Schlußfolgerung, auch bezüglich der Frage der *Pfändbarkeit* für beide Arten der Sterbegeldversicherung gleiche Rechtsgrundsätze anzunehmen. Wir kommen somit dazu, im Wege der Analogie die Bestimmung des § 850 Ziff. 4 ZPO. auf alle Sterbegeldversicherungen auszudehnen. Ich sage: auszudehnen, möchte aber nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß wir vielleicht sogar direkt, also ohne *analoge Anwendung*, zu demselben Resultat gelangen können. Denn da, wie ich oben S. 398 erwähnt habe, bereits 1877, also bei der Schaffung der alten Zivilprozeßordnung, die m. W. unwidersprochen gebliebene Ansicht vertreten worden ist, daß zu den „Hebungen aus Sterbekassen" auch die aus *Versicherungsunternehmungen* gehörten, wenn diese für ihre

[52]) Vgl. oben S. 381. Anderer Ansicht *Manes* in seinem Versicherungslexikon S. 1512.

„Sterbegeldversicherungen" besondere Kassen bildeten, so könnten wir, da unsere jetzigen Versicherungsunternehmungen die kleine Branche stets von der großen Lebensversicherung trennen, nach unseren obigen Ausführungen den § 850 Ziff. 4 ZPO. auch *un*mittelbar auf die Sterbegeldversicherungen der Gegenseitigkeitsvereine und Aktiengesellschaften anwenden. Wie dem aber auch sei: in *jedem* Falle kommen wir, da unzweifelhaft mit dem in der ZPO. gewählten Ausdruck „Sterbekasse" nicht ausdrücklich eine analoge Anwendung hat ausgeschlossen werden sollen, zu dem Ergebnis, daß *allgemein Sterbegeldversicherungen nicht gepfändet werden können.*

Dieses Resultat bedarf jedoch einer einschränkenden Ergänzung. Wir haben nämlich im Laufe der Untersuchung verschiedentlich Versicherungsunternehmungen kennen gelernt, bei denen das Maximum der Sterbegeldversicherung (genau so, wie bei manchen „Sterbekassen") zurzeit 2000, 3000, ja sogar 5000 Mk. beträgt. Es ergibt sich deshalb die Frage, ob wir die Unzulässigkeit einer Pfändung auch in diesen Fällen bejahen müssen oder nicht. Ich möchte das letztere annehmen. An sich enthalten freilich, wie wir oben gesehen haben, weder der Ausdruck „Sterbekasse" noch der „Sterbegeldversicherung" im sprachlichen und wirtschaftlichen Sinne eine Beschränkung auf ein geringeres Maximum. Wir haben deshalb feststellen müssen, daß um 1877 die Hebungen aus Sterbekassen auch dann unpfändbar gewesen sind, wenn sie die gewöhnliche Höchstgrenze überschritten und, wie z. B. bei der Berliner großen Vereinssterbekasse, 1000 Taler betragen haben. Trotzdem erscheint es mir angebracht, derartig hohen Versicherungssummen in der Gegenwart nicht mehr das Privileg der Unpfändbarkeit zukommen zu lassen. Denn um 1877, also zu der Zeit, als die Zivilprozeßordnung geschaffen wurde, ist die Zahl derjenigen „Sterbekassen", bei denen die Hebungen 1500 oder 2000 Mk. überstiegen haben, wohl nur verhältnismäßig gering gewesen,[53]) während das Maximum für „Sterbegeldversicherungen" damals regelmäßig nicht einmal über 600 oder 1000 Mk. hinausgegangen ist. Seitdem, namentlich aber in jüngster Zeit, ist die Zahl *der* Versicherungsunternehmungen beständig gestiegen, die in der kleinen Branche im Sterbefall Summen von 1500 oder 2000 Mk. gewähren. Aber auch Maxima von 3000 bis 5000 Mk. sind gar nicht selten. Ich erinnere an die Rothenburger Versicherungsanstalt, die im Jahre 1908 die höchstzulässige Versicherungssumme von 1500 Mk. auf 3000 Mk. und im Jahre 1912 auf 5000 Mk. hinaufgesetzt hat; an die Sterbekasse der deutschen Lehrer, die jetzt das gleiche Maximum kennt; an die Sterbegeldversicherung der Preußischen Lebensversicherungsanstalt der Arminia usw. Wenn sich also auch die Zivilprozeßordnung von 1877 im Hinblick auf die damaligen immerhin vereinzelten Fälle, in denen Sterbekassen gleichsam als Lebensversicherungsunternehmungen fungierten, der Fest-

[53]) Leider habe ich bei dem Fehlen jeglicher offiziellen, insbesondere statistischen Nachweisungen etwas Genaueres hierüber nicht feststellen können, wie denn überhaupt die Beschaffung von Material über die »Sterbekassen« in der Zeit von 1800 bis 1890 auf außerordentliche Schwierigkeiten gestoßen ist.

setzung einer generellen Pfändungs*grenze* hat enthalten können, müssen wir m. E. bei derart veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen doch eine solche ziehen. Denn es entspricht zweifellos nicht dem Geiste der Zivilprozeßordnung, auch solche hohen Summen allgemein gegen eine Pfändung seitens der Gläubiger zu schützen. Dies wird ohne weiteres klar, wenn man die übrigen in § 850 ZPO. geregelten Einzelfälle ins Auge faßt. Es fragt sich demnach lediglich, ob man mit *Knebel Döberitz* und *Broeker* die Pfändungsgrenze auf 1000 Mk., oder ob man sie auf einen anderen, höheren Betrag festsetzen soll und kann.

Die Bedenken, die gegen die erstere Ansicht sprechen, haben wir oben kennen gelernt. Wir haben dort diese Auslegung ablehnen müssen, weil sie weder die jetzigen Verhältnisse genügend berücksichtigt noch in der modernen Versicherungsgesetzgebung einen Anhalt findet noch sich endlich aus einer historisch-dogmatischen Betrachtung des Sterbekassenwesens ableiten läßt.

Meine Auffassung geht nun dahin, daß man als Pfändungsgrenze den Betrag von *2000* Mk. anzusetzen hat. Nicht nur die großen Gegenseitigkeitsvereine und Aktiengesellschaften haben für den Betrieb ihrer „Sterbegeldversicherung“ in der Regel dieses Maximum angenommen, sondern vor allem auch die meisten „kleineren“ Vereine. Soweit letztere nun in Frage kommen, läßt es sich mit § 850 Ziff. 4 der Zivilprozeßordnung nicht in Einklang bringen, wenn man *jetzt* auf die Hebungen, die die Hinterbliebenen aus diesen sich vielfach noch als „Sterbekassen“ bezeichnenden Anstalten beziehen, und die sehr häufig 1200, 1500 oder 2000 Mk. ausmachen, diesen Paragraphen nicht mehr anwenden wollte. Mit Recht hat sich deshalb *Lederle* a. a. O., wenn uns auch im übrigen seine Ansicht nicht ganz befriedigen konnte, auf den Standpunkt gestellt, daß gerade die Versicherungsansprüche gegen die „kleineren Vereine“ nicht gepfändet werden dürfen. Wenn man aber den „kleineren“ Vereinen gegenüber die Pfändungsgrenze auf 2000 Mk. festsetzen *muß,* so muß man dies den großen Versicherungsunternehmungen gegenüber ebenfalls, wobei wir — zum Beweise — wie oben wiederum davon ausgehen können, daß die „kleineren“ Vereine (mit einem Maximum von *2000* Mk.) sich mit einem großen fusioniert oder aus sonstigen Gründen in einen solchen umgewandelt haben. Weiter spricht für die Erhöhung der Pfändungsgrenze über 1000 Mk. hinaus der Umstand, daß bereits um 1877 eine größere Anzahl von Sterbekassen Summen versichert hat, die den Betrag von 1000 Mk. bedeutend überschritten haben, wobei ich nochmals daran erinnern möchte, daß man sich in jener Zeit bei ein- und derselben Sterbekasse *mehr*mals zum Maximalbetrage versichern konnte (siehe oben S. 389). Endlich spricht für die Festsetzung der Pfändungsgrenze gerade auf *2000* Mk. auch unsere moderne Versicherungsgesetzgebung. Denn nach § 189 VVG. hat die Aufsichtsbehörde das Recht, für den Betrieb der „Sterbegeldversicherung“ einige dort besonders erwähnte Erleichterungen zu genehmigen. Das Aufsichtsamt für Privatversicherung versagt diese Genehmigung jedoch stets dann, wenn das Maximum der Sterbegeldversicherung

mehr als 2000 Mk. beträgt (vgl. oben Anm. 4); mit anderen Worten, Versicherungsabschlüsse über höhere Versicherungssummen können nicht mehr als „Sterbegeldversicherungen“ angesprochen werden.

Das Ergebnis dieser Abhandlung ist demnach das folgende:

Da der Begriff „Sterbekasse“ nicht einwandfrei zu interpretieren ist, sind nach § 850 Ziff. 4 ZPO. in Verbindung mit dem Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen und § 189 I Ziff. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes die Sterbegeldversicherungen im Sinne dieses Paragraphen, also in Höhe eines Betrages bis zu 2000 Mk., für unpfändbar zu erachten.

Begriff und Natur der Lebensrückversicherung.

Von Dr. oec. publ. Fritz Hall (München).

Zweck der Lebensversicherung. Die ursprüngliche und häufigste Form der Lebensversicherung, wie sie von den ältesten deutschen Lebensversicherungsinstituten abgeschlossen wurde, war die einfache Todesfallversicherung. Man schloß im allgemeinen kleine Versicherungssummen ab, um den Hinterbliebenen über die durch den Tod des Ernährers geschaffenen finanziellen Schwierigkeiten hinwegzuhelfen und zur Gründung einer neuen Existenz mitzuwirken. Wenn es nun auch nicht zu leugnen ist, daß diese und ähnliche uneigennützige Motive heute noch zum Abschluß einer Lebensversicherung drängen, so hat sich doch die Lebensversicherung in den letzten Jahrzehnten durch die wirtschaftlichen Vorteile, welche eine Lebensversicherung bei unseren gut geleiteten und technisch auf der Höhe stehenden Anstalten bietet, sowie durch den wachsenden Wohlstand des Landes und der zunehmenden Verbreitung der Lebensversicherung zu einem Institut herausgebildet, das nicht nur der Fürsorge für die Hinterbliebenen dient, sondern über diesen Gedanken hinausgewachsen ist und sein Anwendungsgebiet bedeutend ausgedehnt hat. In unserem modernen Wirtschaftsleben wird die Lebensversicherung allen möglichen Zwecken dienstbar gemacht und hat besonders unter den wohlhabenden und vermögenden Klassen der Bevölkerung eine außerordentliche Verbreitung gefunden. Hierfür nur einige Beispiele. Es werden Lebensversicherungen abgeschlossen, um die Erbschafts- und Vermögensteilung zu erleichtern, um den Familienbesitz zu erhalten, eine Gutsveräußerung zu verhüten und den nachgeborenen Söhnen und Töchtern das Erbteil in barem übergeben zu können, um einem Gesellschafter nach dem Tode des anderen die Fortführung des Geschäftes zu ermöglichen, endlich um den eigenen Kredit zu fördern und zu erhöhen. Die Versicherungen, die zur Erreichung dieser Zwecke genommen werden, erreichen oft sehr hohe Beträge.

Die Statistik zeigt uns denn auch ein ständiges Anwachsen der durchschnittlichen Versicherungssumme. So betrug z. B. bei der Alten Stuttgarter die durchschnittliche Versicherungssumme auf einen Versicherten in dem Zeitraum

1854 bis 1855	3065 Mk.	1870 bis 1883	4678 Mk.
1856 „ 1861	3415 „	1884 „ 1905	6657 „
1862 „ 1869	3968 „	1906 „ 1911	7709 „

Bedürfnis zum Abschluß hoher Versicherungssummen. Ein Bedürfnis, hohe Versicherungssummen abschließen zu können, hat sich ohne Zweifel im Laufe der Zeit herausgebildet, und die Gesellschaften haben diesem Bedürfnis des versicherungsnehmenden Publikums Rechnung getragen, jede nach ihrem Können und ihren individuellen Verhältnissen.

Quantitative und qualitative Teilung des Risikos. Wesentlich für den Begriff der Versicherung überhaupt und der Lebensversicherung insbesondere ist es, daß die Gefahr, welche dem einzelnen droht, auf möglichst viele Schultern gelegt wird. Mag die Gesellschaft als Aktiengesellschaft oder als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit organisiert sein, die Versicherten im ganzen tragen das Risiko für den einzelnen. Würde eine Anzahl von Versicherungslustigen, die hohe Versicherungssummen abschließen wollen, zusammentreten und die Gesamtheit das Risiko der Versicherung übernehmen, so wäre das an und für sich unbedenklich, wenn diese Zahl groß genug ist, um den in der Versicherung notwendigen Ausgleich unter den Einzelrisiken herbeizuführen. Erfahrungsgemäß ist aber dies fast nie der Fall, und selbst große Gesellschaften haben nur einen beschränkten Kreis von mit höheren Summen versicherten Personen. Wir finden bei den einzelnen Gesellschaften Versicherte mit den kleinsten bis zu den höchsten Versicherungssummen. Die Folge davon ist, daß der Eintritt des Versicherungsfalles bei einzelnen mit hohen Summen Versicherten oder bei einer großen Anzahl von mit niedrigen Summen Versicherten das finanzielle Ergebnis des Rechnungsjahres ungünstig beeinflussen kann. Die Gesellschaften fürchten den letzteren Fall, sofern er den Erwartungen entspricht, die sie nach der ihren Berechnungen zugrunde liegenden Sterblichkeitstafel hegen, weniger als den ersteren und treffen Maßregeln, um sich zu schützen gegen die Folgen des Eintrittes des Versicherungsfalles bei den mit hohen Summen versicherten Personen: nämlich Schmälerung des Sterblichkeitsgewinnes und infolgedessen Minderung des Überschusses im Rechnungsjahre, was wiederum von Einfluß auf die Auszahlung der Dividenden an die Versicherten und die Aktionäre sein kann, unter Umständen Gefährdung der Sicherheit der Gesellschaft. Eine dieser Maßnahmen ist die *Teilung des Risikos,* welches der Gesellschaft zur Übernahme angeboten wird. Diese Teilung des Risikos kann nun primär und sekundär erfolgen. Jede Gesellschaft bestimmt sich einen Höchstbetrag der Versicherungssumme, welche sie auf ein Leben für eigene Rechnung übernimmt, einen Selbstbehalt. Wird ihr eine Versicherung angeboten, welche diesen Höchstbetrag überschreitet, so



kann sie, wie früher einige unserer großen deutschen Gegenseitigkeitsvereine (z. B. Karlsruher L. V., Alte Leipziger), den Versicherungsantrag in mehrere Anträge für mehrere Gesellschaften teilen und mit Zustimmung des Antragstellers die Versicherung bei sich und anderen Gesellschaften abschließen; der Versicherungsnehmer tritt dann mit jeder einzelnen Gesellschaft in Verbindung, und ist die Versicherung nach den Bedingungen und Tarifen jeder Gesellschaft übernommen. In diesem Falle spricht man von primärer Teilung. Die Gesellschaft kann aber auch ein anderes Verfahren einschlagen, und dieses ist das Verfahren der weitaus meisten deutschen Gesellschaften. Sie kann die voll beantragte Versicherungssumme selbst übernehmen und sich an eine andere Gesellschaft wenden, ihr einen Teil des von ihr übernommenen Risikos abzunehmen (sekundäre Teilung). Man spricht in diesem Falle von Rückversicherung, und zwar von Summenrückversicherung, weil eine bestimmte Summe von einer anderen Gesellschaft übernommen wird. Dieser Teilung des Risikos, welche ich eine quantitative nennen möchte, ist gegenüber zu stellen die qualitative Teilung des Risikos. Nicht nur die Höhe, sondern auch die Beschaffenheit des Risikos kann auf das finanzielle Ergebnis einer Gesellschaft ungünstig einwirken und eine Teilung des Risikos in qualitativer Beziehung notwendig erscheinen lassen. Auch hier kann die Teilung eine primäre oder sekundäre sein. Es schließt z. B. eine Gesellschaft eine Todesfallversicherung ab und vermittelt das gleichzeitig mit dem Todesfallrisiko angebotene Invaliditätsrisiko einer anderen Gesellschaft (primäre Teilung). Sie kann aber auch das Risiko in vollem Umfange, also das Todesfall- und Invaliditätsrisiko, übernehmen und die einzelne Gefahr ganz oder teilweise sich von einer anderen Gesellschaft abnehmen lassen (sekundäre Teilung). Man spricht in diesem Falle auch von Rückversicherung, und zwar von Gefahrenrückversicherung.

Darstellung des Vorganges, der zur Lebensrückversicherung führt. Wir vergegenwärtigen uns zunächst den Vorgang, der zur Lebensrückversicherung führt: Ein Versicherungsnehmer schließt bei einer Gesellschaft, mag diese nun Aktiengesellschaft oder Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit sein (Direktversicherer), eine Lebensversicherung — Kapital- oder Rentenversicherung — ab, bei welcher die Leistung des Versicherers in der Art von dem Leben des Versicherten (des Versicherungsnehmers oder einer dritten Person) abhängig gemacht wird, daß „die seitens des Versicherers zu tragende Gefahr aus der Ungewißheit der Dauer dieses Lebens entspringt".[1]) Bis jetzt haben wir es nur mit einer Direktversicherung zu tun. Unabhängig von dieser spielt sich nunmehr ein zweiter Vorgang ab, die Lebensrückversicherung. Dem Direktversicherer ist das von ihm übernommene Risiko zu weitgehend und er wendet sich an einen anderen Versicherer, den Rückversicherer, ihm einen Teil davon abzunehmen, und zwar unter Bedingungen, die nicht immer die gleichen

[1]) Begründung eines Entwurfs über den Versicherungsvertrag 1906, Reichstagsvorlage.



sein müssen als diejenigen, unter denen der Direktversicherer die Versicherung übernommen hat. Der Rückversicherer tritt durch den Abschluß der Rückversicherung nur in rechtliche Beziehungen zum Direktversicherer (auch Zedent oder Rückversicherungsnehmer genannt), nicht aber zum Versicherungsnehmer selbst. Es kommt zwar vereinzelt vor, daß ein Rückversicherer sich dem Versicherungsnehmer gegenüber in dem Versicherungsschein, den der Direktversicherer ausstellt, für die Sicherheit und Leistungsfähigkeit desselben mit verbürgt,[2]) allein dieser Vorgang hat mit der Rückversicherung nichts zu tun. Der Vorgang, der sich zwischen dem Direktversicherer und dem Rückversicherer abgespielt hat, kann nun fortgesetzt werden zwischen dem Rückversicherer, nunmehr Retrozedent genannt, und dem Retrozessionar, dem er einen Teil des von ihm übernommenen Risikos überläßt.

Der wirtschaftliche Zweck der Lebensrückversicherung. Schon aus dem Gesagten ergibt sich, daß die Lebensrückversicherung sich von der direkten Lebensversicherung durch die Stellung des Rückversicherungsnehmers zum Rückversicherer, die eine andere ist als diejenige des Versicherungsnehmers zu seinem Versicherer, und durch ihren wirtschaftlichen Zweck unterscheidet. Die Tatsache, daß die Voraussetzung der Lebensrückversicherung eine direkte Versicherung ist, macht sie zur Rückversicherung. Daß deswegen die Lebensrückversicherung nicht ihren Charakter als Versicherung im allgemeinen und als Lebensversicherung im besonderen verliert, möchte ich schon im voraus betonen. Der wirtschaftliche Zweck der Lebensrückversicherung ist zunächst die Herstellung eines homogenen Versicherungsbestandes durch Teilung des Einzel- oder Gesamtrisikos. Dieses Ziel kann zwar auch auf anderem Wege als auf dem Wege der Rückversicherung erreicht werden, indem der Versicherer z. B. den Teil der Versicherungssumme, welcher seinen Selbstbehalt übersteigt, oder die Übernahme des Kriegs- oder Invaliditätsrisikos ablehnt. Wenn wir als wirtschaftlichen Zweck der Lebensrückversicherung die Herstellung eines homogenen Versicherungsbestandes bezeichnen, so setzen wir voraus, daß die Gesellschaften Versicherungen übernehmen, die zwar nicht immer ihre finanzielle, wohl aber ihre technische Leistungsfähigkeit überschreiten.[3]) Für sie ist die Rückversicherung das Mittel zur Erhöhung ihrer Leistungsfähigkeit. Ohne Rückversicherung müßten sie ihre Produktion einschränken, nur Versicherungen übernehmen, die ihrer Leistungsfähigkeit entsprechen, müßten, da der Versicherungsnehmer nur mit *einer* Gesellschaft abschließen will, gute Geschäfte ihren leistungsfähigeren Konkurrenten überlassen, „dadurch deren ohnehin schon vorhandene Überlegenheit erhöhend“, und sich der Gefahr aussetzen, tüchtige Agenten zu verlieren. Würden sie Versicherungen übernehmen, die ihre Leistungs-

[2]) So finde ich z. B. in einem Versicherungsscheine, den eine italienische Gesellschaft ausgestellt hat, den Passus: Visto e approvato per la garanzia della . . . . (Rückversicherungsgesellschaft).

[3]) Vgl. auch *Kleeberg,* Die wirtschaftliche Natur der Rückversicherung, im Assekuranz-Jahrbuch von Ehrenzweig. 34. Jahrg., S. 151.



fähigkeit übersteigen, ohne rückzuversichern, so könnten erhebliche Sterblichkeitsverluste, die den Überschuß beeinflussen und infolgedessen die Gewinne der Versicherten und Aktionäre schmälern, ja solche Störungen im Geschäftsbetriebe eintreten, die zur Zerstörung der Gesellschaft führen. Welche Wirkung die Rückversicherung auf den Sterblichkeitsgewinn bzw. -Verlust ausübt, möge uns ein drastisches Beispiel aus der Praxis zeigen:

Zur Deckung der Sterbefall-Kapitalien standen der Friedrich Wilhelm in Berlin zur Verfügung im Jahre

	1897 Mk.	1898 Mk.	1899 Mk.
die auf durch Tod erloschene Versicherungen angesammelten Reserven	422 005	392 425	555 664
aus den Prämieneinnahmen des Jahres	742 364	764 304	803 495
und die Anteile der Rückversicherungsgesellschaften . .	20 000	470 000	39 000
zusammen . . .	1 184 369	1 626 729	1 398 159
es wurde an Sterbefall-Kapitalien bezahlt bzw. reserviert	1 180 978	1 505 458	1 396 446
mithin ist der Gesellschaft aus der Sterblichkeit ein Gewinn erwachsen von	3 391	121 271	1 713

Leider läßt sich der Einfluß der Rückversicherung auf das finanzielle Ergebnis der Direktversicherer selten nachweisen, da der Faktoren, die dasselbe bestimmen, zu viele sind und die Rückversicherung nur einer dieser Faktoren, in der Regel einer der kleineren Faktoren ist.

Eine aufstrebende Gesellschaft mit kleinem oder mittlerem Versicherungsbestande bezweckt aber mit der Rückversicherung noch etwas Weiteres. Es haben sich im Laufe der Zeit im Lebensversicherungsgeschäfte Verhältnisse herausgebildet, wonach der Gesellschaft aus der Organisation und Akquisition ihres Geschäftes Kosten erwachsen, welche erst nach langen Jahren aus den Einnahmen der Gesellschaft gedeckt werden können. Um einen Teil dieser Kosten abzuwälzen, bedient sich der Direktversicherer vielfach der Rückversicherung und kommt manchmal in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Rückversicherer.

Aus dem Bisherigen ergibt sich, daß bis jetzt kein Grund vorliegt, die Lebensrückversicherung als einen neuen Versicherungszweig anzusehen. Die Tatsache, daß der wirtschaftliche Zweck der Lebensrückversicherung ein anderer ist als derjenige der direkten Lebensversicherung — auch bei letzterer kann der wirtschaftliche Zweck ein verschiedener sein, wie wir aus der Einleitung wissen — be-

rechtigt nicht zu dieser Annahme; es ist vielmehr in der Lebensrückversicherung eine Abart der Lebensversicherung zu erblicken.[4])

Stellung des Zedenten zum Rückversicherer. Eine weitere Eigentümlichkeit der Lebensrückversicherung gegenüber der direkten Lebensversicherung ist die Stellung des Zedenten zu seinem Rückversicherer bzw. seinen Rückversicherern. *Ehrenberg* bezeichnet den Zedenten mit Recht als den Geschäftsführer seiner sämtlichen Rückassekuradeure.[5]) Er ist nicht bloß Versicherungsnehmer, sondern zugleich Vertrauensperson des Rückversicherers. Das Maß des Vertrauens, das der Rückversicherer seinem Geschäftsführer schenken muß, ist verschieden, je nach dem Vertragsverhältnis, in dem der Rückversicherer zum Zedenten steht. Das Vertrauen ist bei der totalen Rückversicherung ein höheres als bei der Teilrückversicherung, das obligatorische Rückversicherungsverhältnis verlangt von dem Rückversicherer weit mehr Vertrauen als das fakultative, und auch beim obligatorischen Rückversicherungsverhältnis ist je nach seiner Konstruktion mehr oder weniger Vertrauen seitens des Rückversicherers erforderlich. Dem Zedenten obliegt eine Reihe von wichtigen Verwaltungsfunktionen, die er als Versicherer übernommen und deren Ausübung der Rückversicherer auch für sich gelten läßt. Der Zedent als Direktversicherer hat die Organisation und Akquisition des Geschäftes übernommen, entscheidet über die Aufnahme des Hauptversicherten und reguliert im Versicherungsfalle den Schaden. Der Rückversicherer tritt in der Regel dem Hauptversicherten nicht gegenüber, es besteht lediglich ein Innenverhältnis zwischen dem Rückversicherer und seinem Zedenten. Vielfach steht dem Rückversicherer nicht einmal das Recht der selbständigen Prüfung des Rückversicherungsantrages zu, ja es kann das Rückversicherungsverhältnis sogar entstehen, ohne daß er das von ihm übernommene Risiko kennt. Die Mehrzahl der Rückversicherungsverträge hat die Bestimmung, daß der Zedent in seiner Entschließung über Anerkennung oder Ablehnung der Zahlungsverpflichtung vollkommen unbeschränkt und der Rückversicherer verpflichtet ist, die Entscheidung des Zedenten über seine Verpflichtung aus der Hauptversicherung auch für die Rückversicherung als maßgebend anzuerkennen. Häufig ist der Grundsatz proklamiert, daß der Rückversicherer in allem das Schicksal des Zedenten zu teilen hat. Dem gegenüber macht das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung darauf aufmerksam, daß nach seiner Ansicht durch die übliche Klausel, daß der Rückversicherer in der Regulierung dem Erstversicherer vorbehaltlos zu folgen hat, der Einwand nicht gehindert wird, daß die streitige Versicherung als vertragswidrig durch Rückversicherung nicht gedeckt werde.[6]) Manche Schriftsteller glauben nun aus diesem Vertrauensverhältnis des Rückversicherers zum Zedenten den Schluß ziehen zu dürfen, daß der

---

[4]) Anders *Ehrenberg,* Die Rückversicherung; ferner *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 40 und 50; *Schäfer,* Die Feuerrückversicherung, S. 12 und andere.

[5]) *Ehrenberg,* Die Rückversicherung, S. 14.

[6]) Veröffentlichungen 1911, S. 15.

Rückversicherungsvertrag überhaupt kein Versicherungsvertrag, sondern ein Gesellschaftsvertrag sei.[7]) Wenn ich auch zugebe, daß der Zedent wenigstens dem Außenstehenden gegenüber der Geschäftsführer des Rückversicherers ist — tatsächlich ist das Verhältnis manchmal umgekehrt —, so kann doch daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß der Rückversicherungsvertrag ein Gesellschaftsvertrag sei. Es liegt in der Natur der Rückversicherung, daß der Zedent, welcher dem Hauptversicherten als alleiniger Vertragsgegner gegenübersteht, diese Stellung einnimmt. Die Grenzen seiner Befugnisse sind ihm durch den Rückversicherungsvertrag gezogen und sind auch grundsätzlich nicht weitergehend, als es der Rückversicherungsvertrag erlaubt.[8]) Außerdem hat sich in der Regel der Rückversicherer durch eine Reihe von Maßnahmen vor einem Vertrauensmißbrauch seines Zedenten geschützt. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist es, daß ein Selbstbehalt des Zedenten vereinbart ist. Ich gehe nicht so weit, in dem Selbstbehalt des Zedenten ein Grundprinzip jeder Rückversicherung zu sehen[9]) — dieses Prinzip ist durch die totale Rückversicherung durchbrochen — ich erblicke vielmehr in dem Selbstbehalt nur ein Mittel, das Interesse des Zedenten mit dem Interesse des Rückversicherers zu verknüpfen. Der Rückversicherer erhält ferner durch den Zedenten eine genaue Kenntnis aller für die Übernahme der Gefahr erheblichen Umstände. In der Regel übersendet der Zedent die Antragspapiere in beglaubigter Abschrift: Die Anmeldungen des Hauptversicherten, vertrauensärztliche und hausärztliche Atteste, den Agenturbericht, das revisionsärztliche Gutachten und den Versicherungsschein. Auch im Versicherungsfalle oder im Falle vorzeitigen Abganges der Hauptversicherung wird der Rückversicherer durch die Beweisdokumente in beglaubigter Abschrift hinreichend informiert. Die meisten Rückversicherungsverträge geben dem Rückversicherer ferner das Recht, sich bei dem Zedenten Einblick in die Originalakten zu verschaffen. Weitere Maßnahmen zum Schutze des Rückversicherers vor einem event. Vertrauensmißbrauch durch den Zedenten sind — abgesehen von der Personalunion der Direktion oder des Aufsichtsrates bei dem Zedenten und Rückversicherer — die Vertretungen des Rückversicherers im Aufsichtrat oder in der Revisionskommission des Zedenten, auf die er vielfach einen vertragsmäßigen Anspruch besitzt. Indem wir hiermit die Stellung des Zedenten gegenüber dem Rückversicherer als Geschäftsführer des Rückversicherers, der ihm Verwaltungsfunktionen übertragen hat, charakterisiert haben, blieb die Stellung des Zedenten gegenüber dem Rückversicherer als dem Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer unberührt. Diese Verwaltungspflichten des Zedenten gegenüber dem Rückversicherer sind es, die

[7]) *Voigt,* Deutsches Seeversicherungsrecht, S. 293 ff.; *Ehrenzweig,* Vertragsrecht und Rückversicherungsbetrieb, im Assekuranz-Jahrbuch, 7. Jahrg. 1886, S. 174; *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 45. Ebenso das Reichsgericht in vielen Entscheidungen.

[8]) Anders *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 26.

[9]) Wie z. B. *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 24 und *Ehrenberg,* Die Rückversicherung, S. 15.

für die Lebensrückversicherung eine von der direkten Lebensversicherung abweichende Eigentümlichkeit bedeuten.

Die juristische Natur des Lebensrückversicherungsvertrages. Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, daß m. E. der Lebensrückversicherungsvertrag kein Gesellschaftsvertrag, sondern ein Lebensversicherungsvertrag ist. Über die juristische Auffassung des Rückversicherungsvertrages besteht bereits eine umfassende Literatur, die ich zum Teil zitiert habe. Es würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, auf die verschiedenen Auffassungen des Rückversicherungsvertrages näher einzugehen, ich muß mich daher darauf beschränken, meine Ansicht kurz darzulegen und zu begründen. Wenn der Rückversicherungsvertrag als ein Gesellschaftsvertrag zu betrachten ist, so muß vor allem ein gemeinsamer Zweck vorliegen, den die Gesellschafter erreichen wollen (§ 705 des BGB.). Nach *Hanzlik*[10]) und anderen ist dieser darauf gerichtet, das Risiko des direkten Versicherungsvertrages gemeinsam zu tragen. Dieser Auffassung widerspricht die Praxis durch die totale Rückversicherung.[11]) Zugegeben, daß es in der Praxis auch Fälle der totalen Rückdeckung gibt, für die man einen treffenderen Ausdruck als Rückversicherung finden sollte, aber deswegen ist die totale Rückversicherung als solche doch eine echte Art der Rückversicherung. Wir nehmen den Fall an, daß eine Lebensversicherungsgesellschaft eine Anzahl von Versicherungen akquiriert hat. Da es ihr nicht gelingt, das Geschäft in diesen Versicherungen zu heben und ihr aus diesen bestehenden Versicherungen mangels Ausgleiches Verluste drohen, so gibt die Gesellschaft diese Versicherungen einer anderen, die einen großen Bestand an solchen Versicherungen besitzt, in Rückdeckung. Es ist nicht einzusehen, warum die totale Rückversicherung eines solchen Bestandes an Versicherungen nicht eine echte Rückversicherung sein soll. Der wirtschaftliche Zweck der Rückversicherung, die Herstellung eines homogenen Versicherungsbestandes, ist erreicht, die Hauptversicherten stehen nur in rechtlichen Beziehungen zum Rückversicherungsnehmer[12]) und dieser hat die der Rückversicherung eigentümliche Stellung eines Geschäftsführers des Rückversicherers. Aber auch in dem Regelfalle der Lebensrückversicherung, daß ein Teil der Hauptversicherung in Rückdeckung gegeben wird, kann juristisch von einem gemeinsamen Zweck nicht die Rede sein. Da, wie allgemein anerkannt ist, durch den Rückversicherungsvertrag rechtliche Beziehungen nur zwischen dem Zedenten und dem Rückversicherer geschaffen werden, so können wir bloß das Rechtsverhältnis der beiden Vertragskontrahenten, des Zedenten und des Rückversicherers, ins Auge fassen. Aber selbst zugegeben, daß wirtschaftlich dem direkten Versicherungsnehmer gegenüber ein gemeinsamer Zweck in der gemeinsamen Tragung des Risikos bestünde, so sind doch die Fälle nicht selten, daß einer der beiden sog. Gesellschafter das ganze Risiko trägt. So z. B. kommt es auch in unseren modernen Rückver-

---

[10]) *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 47 und 48.
[11]) Anders *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 19.
[12]) Ebenso *Hanzlik,* Die juristische Natur der Rückversicherung, S. 25.

sicherungsverträgen vor, daß das Kriegsrisiko, welches der Zedent dem Hauptversicherten gegenüber übernommen hat, von dem Rückversicherer ausgeschlossen ist. Die gemeinsame Tragung des Risikos setzt eine Identität der Interessen voraus, welche nicht immer gegeben ist. Das Rechtsverhältnis des Zedenten und Rückversicherers aber weiß nichts von einem gemeinsamen Zweck, den die beiden erreichen wollen. Finanziell ist der Gewinn des einen stets der Verlust des anderen. Auch aus der Kulanz des Zedenten und daraus, daß der Rückversicherer sich zum gleichen Schritte bequemt, kann nicht ohne weiteres auf ein Gesellschaftsverhältnis geschlossen werden. Der Zedent wird in der Regel nur dann an den Hauptversicherten bzw. an die von ihm begünstigten Personen zahlen, wenn der Versicherungsfall gegeben ist, und wenn er sich aus geschäftlichen Rücksichten dazu versteht, weiter zu gehen, als seine Verpflichtung reicht, so sind es dieselben Rücksichten für den Rückversicherer, dem an der Rückversicherungsverbindung mit dem Zedenten gelegen ist. Im übrigen muß der Rückversicherer in Fällen der Kulanz nur dann dem Zedenten folgen, wenn dies ausdrücklich vereinbart ist.

Meine Auffassung des Lebensrückversicherungsvertrages als Versicherungsvertrag wird zwar von namhaften Autoren, darunter *Ehrenberg*[13]) geteilt, ich befinde mich aber mit den meisten in Widerspruch, da ich die Lebensrückversicherung nicht als Haftpflichtversicherung und Schadensversicherung,[13]) sondern als Lebensversicherung und Personenversicherung, also auch nicht als einen selbständigen Versicherungszweig betrachte. Bei der Schadensversicherung ist der Versicherer verpflichtet, nach dem Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. des Ereignisses, mit dessen Eintritt die Leistungspflicht des Versicherers begründet ist, dem Versicherungsnehmer den dadurch verursachten Vermögensschaden nach Maßgabe des Vertrags zu ersetzen. (§ 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908.) Für die Schadensversicherung ist demnach die Leistung des Versicherers durch die Höhe des Schadens bestimmt und begrenzt, den der Versicherungsnehmer infolge des Eintritts des Versicherungsfalles erleidet.[14]) Bei der Personenversicherung dagegen hat der Versicherer nach dem Eintritt des Versicherungsfalls den vereinbarten Betrag an Kapital oder Rente zu zahlen, oder die sonst vereinbarte Leistung zu bewirken. (§ 1 des genannten Gesetzes.) Der Grundsatz der Schadensversicherung, „daß der Umfang der Leistung des Versicherers sich nach dem Schaden bemißt, den der Versicherungs-

---

[13]) *Ehrenberg*, Die Rückversicherung, S. 6; Das künftige Rückversicherungsrecht, S. 10. Ebenso Begründung zum Entwurf eines Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag, aufgestellt im Reichs-Justizamte 1903, S. 166, wo jedoch auch betont wird, daß die Rückversicherung sich sowohl in ihrer wirtschaftlichen Bestimmung als in ihren technischen Grundlagen und Einrichtungen so wesentlich von der Haftpflichtversicherung unterscheidet, daß sie nicht ohne weiteres den gleichen Vorschriften unterstellt werden kann. Demgemäß setzt der § 148 fest, daß die Vorschriften des 6. Titels (über Haftpflichtversicherung) auf die Rückversicherung keine Anwendung finden.

[14]) Begründung S. 12.



nehmer erleidet, ist demnach für solche Versicherungen, welche sich auf eine Person beziehen, nicht durchführbar". Bei der Personenversicherung ist „eine Vermögenseinbuße mit dem Eintritt des Versicherungsfalles vielfach gar nicht verbunden, und soweit überhaupt von einer durch diesen Eintritt herbeigeführten Schädigung des Berechtigten die Rede sein kann, ist doch meistens der Umfang des Schadens nicht oder nur sehr schwer abzuschätzen". „Schon jetzt ist von der Praxis und Wissenschaft der Satz anerkannt, daß bei der Personenversicherung die Leistung des Versicherers nicht durch den Schaden, der infolge des Eintritts des Versicherungsfalls entsteht, begrenzt wird."[15]) Die für die Personenversicherung aufgestellten Gesichtspunkte treffen für die Lebensrückversicherung zu. Wenn es auch richtig ist, daß die Rückversicherung grundsätzlich eine Hauptversicherung zur Voraussetzung hat, so entsteht doch unabhängig von dem Versicherungsanspruch des Versicherungsnehmers an den Versicherer der Versicherungsanspruch des Zedenten an den Rückversicherer. Der zwischen dem Zedenten und Rückversicherer vereinbarte Versicherungsvertrag kann einen anderen Inhalt haben als der zwischen dem Versicherungsnehmer und seinem Versicherten abgeschlossene, namentlich hinsichtlich der Versicherungsbedingungen, der Höhe der Prämien, der Prämienzahlung, vielfach auch hinsichtlich der Dauer der Versicherung (bei der Rückversicherung auf kurze Dauer). Wenn nach *Ehrenberg*[16]) der Lebensrückversicherungsvertrag den Charakter einer Schadensversicherung hat, „da die Höhe der zu machenden Leistungen von dem Vermögensverlust abhängt, den der Rückversicherungsnehmer durch die zu bewirkende Assekuranzleistung erleidet", so übersieht er dabei, daß der nach dem Eintritt des Versicherungsfalls zu zahlende Betrag an Kapital oder Rente zwischen dem Zedenten und Rückversicherer vereinbart ist und ein Vermögensverlust für den Rückversicherungsnehmer nicht eintreten muß. Es ist demnach die Lebensrückversicherung eine echte Personenversicherung. Daß aber die Lebensrückversicherung eine Lebensversicherung auf das Leben eines Dritten ist, dürfte nach dem Bisherigen nicht mehr zweifelhaft sein, da der Lebensrückversicherungsvertrag alle Merkmale eines Lebensversicherungsvertrages an sich trägt und die ihm anhaftenden Eigentümlichkeiten die juristische Natur des Lebensrückversicherungsvertrages als Lebensversicherungsvertrages nicht berühren.

Die gesetzliche Regelung der Lebensrückversicherung.

Das Recht der Rückversicherung ist m. W. zum ersten Male in dem II. Teile 8. Titel §§ 2016 bis 2023 des Allgemeinen Landrechts für die Preußischen Staaten behandelt. Wir finden hier bereits Sätze, manchmal allerdings in unvollkommener Art, aufgestellt, welche noch heute für die Lebensrückversicherung praktische Geltung besitzen, so die Zulässigkeit der Rückversicherung und der totalen

[15]) Begründung S. 13.

[16]) *Ehrenberg*, Das künftige Rückversicherungsrecht, S. 9.

Rückdeckung in den §§ 2016 und 2018. Die Grundsätze, daß der Rückversicherungsnehmer dem Rückversicherer ausdrücklich anzeigen müsse, daß er eine Rückversicherung verlange (§ 2017), daß die Rückversicherung das Verhältnis des Erstversicherers zum Versicherten nicht berühre (§ 2020), ferner sich an dem Verhältnis des Rückversicherungsnehmers zum Rückversicherer, wenn jener ohne Genehmigung des letzteren sich mit dem Versicherten im Schadensfalle vergleicht, nichts ändere (§ 2021), daß aber außer im Falle des Konkurses (§ 2023), wenn dem Erstversicherer von der fälligen Versicherungssumme etwas erlassen ist, dies auch dem Rückversicherer zustatten komme (§ 2022), sind bis heute, wenn auch nicht in gesetzlicher Form, in Geltung geblieben. Daß im übrigen die Bestimmungen, die für das Verhältnis zwischen dem Erstversicherer und dem Versicherungsnehmer getroffen sind, analog auch zwischen dem Rückversicherer und seinem Rückversicherungsnehmer angewandt werden können, soweit sich die Anwendung mit der Natur der Rückversicherung verträgt, dieser Gedanke hat im § 2019 eine unglückliche Fassung gefunden.

Die angezogenen Bestimmungen des Allgemeinen preußischen Landrechts sind privatrechtlicher Natur. Aber auch die öffentlichrechtliche Seite der Lebensrückversicherung blieb durch diese allgemeine Kodifikation des preußischen Rechts nicht unberührt. Der II. Teil 8. Titel § 1943 stellte den Grundsatz der Versicherungsfreiheit auf: „Einem jeden steht frei, Versicherungen da zu nehmen, wo er es am ratsamsten findet.“ Dieser Grundsatz wurde jedoch bereits im Gesetz insofern durchbrochen, als die landrechtlichen Bestimmungen über Gesellschaften und Korporationen einen freien gesellschaftlichen Betrieb der Versicherung — dieser kommt bei der Lebensversicherung bzw. Lebensrückversicherung nur in Frage — hinderten. Das Landrecht forderte eine Genehmigung des Staates. Demgemäß beschränkte denn auch der § 1944 Tit. 8 Teil II die Rechte einer zu Versicherungen besonders privilegierten Gesellschaft auf den Inhalt der ihr erteilten Privilegien. Die spätere preußische Gesetzgebung[17]) verlangte die Konzessionierung der Lebensversicherungsgesellschaften. Die damals maßgebenden Grundsätze bei der Konzessionierung sind m. W. in authentischer Fassung nicht bekannt geworden. Es ist jedoch anzunehmen, daß dieselben mit den Bestimmungen des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Aktiengesellschaften vom 9. November 1843 und der Instruktion vom 22. April 1845 zusammenfielen. Für Gegenseitigkeitsanstalten blieben zunächst die landrechtlichen Bestimmungen in Kraft. Erst der Allerhöchste Erlaß vom 2. Juli 1859 beseitigte für Versicherungsgesellschaften allgemein die Bedürfnisfrage, und nun vollzog sich in den bisherigen Auffassungen über das Versicherungswesen ein Umschwung, der sich auch in einer freieren Gestaltung der Konzessionierungsbedingungen zeigte. In jene Zeit fiel auch die Einführung des

[17]) Preußische Gewerbeordnung vom 17. I. 1845, Strafgesetzbuch vom 14. IV. 1851 (§ 340). Gesetz vom 17. V. 1853 über den Geschäftsverkehr der Versicherungsanstalten.

deutschen Handelsgesetzbuches vom $\frac{\text{1. März 1862}}{\text{24. Juni 1861}}$. Auch das Gesetz vom 11. Juni 1870 über die Aktiengesellschaften hielt für die Versicherungsgesellschaften die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen der Gegenstand des Unternehmens der staatlichen Genehmigung bedarf und der staatlichen Beaufsichtigung unterlag, aufrecht.

Seit der Gesetzgebung des Vertragsrechtes der Rückversicherung in dem Allgemeinen preußischen Landrecht ist diese m. W. erst wieder durch den Entwurf eines „Handelsgesetzbuches für die Preußischen Staaten" im Jahre 1857 in Erinnerung gebracht worden. Es fand aber nur die Seerückversicherung in dem deutschen Handelsgesetzbuch eine neue Regelung, während für die Lebensrückversicherung die landrechtlichen Bestimmungen in Geltung blieben, soweit dieselben nicht mit den Bestimmungen des deutschen Handelsgesetzbuches in Widerspruch standen.[18])

Bei diesem Zustande ist es denn auch geblieben, trotz des Art. 4 der Verfassung des Norddeutschen Bundes vom 25. Juni 1867 bzw. der Verfassung des Deutschen Reiches vom 16. April 1871, wonach das Versicherungswesen der Beaufsichtigung und Gesetzgebung des Bundes bzw. Reiches unterliegt. Auch das Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch Art. 75, der die landesgesetzlichen Vorschriften, welche dem Versicherungsrecht angehören, unberührt läßt, soweit nicht in dem Bürgerlichen Gesetzbuch besondere Bestimmungen getroffen sind, und das neue Handelsgesetzbuch vom 10. Mai 1897 haben die bisherigen gesetzlichen Grundlagen der Lebensrückversicherung nicht geändert. Es war daher für die Lebensrückversicherung sowohl in öffentlich- wie privatrechtlicher Hinsicht im allgemeinen das Landesrecht maßgebend, bis dasselbe durch die Reichsgesetze über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 und über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 außer Kraft gesetzt wurde.

Zur Regelung der öffentlich-rechtlichen Seite des Versicherungswesens wurden die ersten Schritte vom Reichskanzler durch seine Zirkularschreiben vom 4. August 1879 und 17. November 1881 an die Bundesregierungen unternommen. Es war darin der Satz aufgestellt, daß kein Anlaß vorliege, die Rückversicherung in die gesetzliche Regelung weiter hineinzuziehen, als etwa nötig ist, um die in Ansehung des Geschäftsbeginnes und Geschäftsbetriebes landesrechtlich bestehenden, sehr verschiedenen und deshalb im Geschäftsverkehr hinderlichen Beschränkungen zu beseitigen. Jedoch bereits die ersten Entwürfe des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen aus den Jahren 1898 und 1900 ließen erkennen, daß beabsichtigt ist, auch die Rückversicherung der Beaufsichtigung nach Maßgabe des Gesetzes zu unterstellen. Dagegen erhob sich nun eine lebhafte Agitation. In einer Eingabe an den Reichskanzler vom Jahre 1900 protestierten 17 deutsche Rückversicherungsgesellschaften

[18]) Artikel 61 Nr. 1 des Einführungsgesetzes zum Allgemeinen deutschen Handelsgesetzbuch.

gegen „die uneingeschränkte Einbeziehung der Rückversicherung in das Gesetz“ und wiesen darauf hin, daß die Gründe, welche für die besondere gesetzliche Behandlung des Transportversicherungsgeschäftes ausschlaggebend gewesen seien, in weit höherem Grade für das reine Rückversicherungsgeschäft Geltung beanspruchen dürfen. Diese Eingabe war nicht ohne Erfolg. Nach dem Bericht der VII. Kommission des Reichstages wurde in erster Lesung der Antrag gestellt, daß auch die Unternehmungen, welche ausschließlich die Rückversicherung zum Gegenstande haben, keiner Zulassung bedürfen. Außer der Transportversicherung sollte also auch die Rückversicherung, sofern sie von einer Unternehmung ausschließlich betrieben wird, frei bleiben, jedoch in beiden Fällen nur, wenn es sich nicht um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit handelt. Das Recht des Bundesrates, bestimmte Vorschriften des Gesetzes auf die prinzipiell freigelassenen Unternehmungen für anwendbar zu erklären, sollte nach diesem Antrage bestehen bleiben. In der Begründung dieses Antrages wurde darauf hingewiesen, daß die Rückversicherungsgesellschaften direkt mit dem Publikum gar nicht in Berührung treten, sondern nur mit anderen Versicherungsunternehmungen arbeiten. Diese letzteren seien nicht bloß geschäftskundig im allgemeinen, sondern auch sachverständig gerade in Beziehung auf das Versicherungsgeschäft; sie bedürfen nicht des Schutzes der Aufsichtsbehörde. Es komme dazu, daß nach § 58 des Entwurfs bei Lebensversicherungen das rückversicherte Unternehmen die Prämienreserve auch für die in Rückversicherung gegebenen Summen nach den Vorschriften der §§ 56 und 57 zu berechnen und selbst aufzubewahren und zu verwalten habe. Der internationale Charakter sei bei der Rückversicherung nicht minder ausgebildet als bei der Transportversicherung. Mehr als die Hälfte der in Rückversicherung gegebenen Summen sei an ausländische Anstalten gegeben, die im Inlande keine Niederlassung hätten und deshalb auch nicht kontrolliert werden könnten. Unterstelle man die inländischen Rückversicherungsanstalten der Aufsicht, so schädige man sie gegenüber den ausländischen und riskiere, daß sie ihren Wohnsitz ins Ausland verlegten und das Geschäft mit den inländischen Anstalten im Korrespondenzwege machten. Der so begründete Antrag wurde bei der Abstimmung abgelehnt. In zweiter Lesung erhob sich abermals eine lebhafte Debatte um die Ausgestaltung des § 116. Schließlich wurde der Antrag in der Fassung angenommen, wie er als § 116 des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 zum Gesetz erhoben wurde: „Unternehmungen, welche . . . ausschließlich die Rückversicherung zum Gegenstande haben, mit Ausnahme von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit, bedürfen keiner Zulassung. Sie unterliegen auch keiner behördlichen Beaufsichtigung ihres Geschäftsbetriebes; der Bundesrat kann jedoch anordnen, daß bestimmte Vorschriften dieses Gesetzes auch auf solche Unternehmungen Anwendung finden.“ Demnach finden die übrigen Vorschriften des Gesetzes, welche nicht die Zulassung und Beauf-

sichtigung betreffen, auch auf die Lebensrückversicherungsgesellschaften Anwendung. Daß die direkt arbeitenden Lebensversicherungsgesellschaften, welche das Geschäft auch indirekt betreiben, dem Versicherungsaufsichtsgesetze unterliegen, bedarf wohl nur der Erwähnung. Durch die Beaufsichtigung der Lebensversicherungsunternehmungen ist es dem Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin, welches auf Grund des genannten Gesetzes errichtet wurde, möglich geworden, auch auf die Gestaltung der Lebensrückversicherungsverhältnisse einen großen Einfluß auszuüben. Nach außen hin kommt dieser zum Ausdruck in den Vorschriften über die Rechnungslegung der vom Kaiserlichen Aufsichtsamte für Privatversicherung beaufsichtigten größeren Lebensversicherungsunternehmungen vom 2. Juni 1902 und in den auf Grund dieser Vorschriften von den Gesellschaften veröffentlichten Berichten ihrer Geschäftsergebnisse. Bei der Aufstellung dieser Vorschriften war das Bestreben maßgebend, eine möglichst vollständige Trennung des Rückversicherungsgeschäftes von dem direkten Geschäft herbeizuführen und ein möglichst klares Bild über den Umfang des Rückversicherungsgeschäftes jeder Gesellschaft zu liefern. Nebenbei bemerkt, hatte bereits das Preußische Ministerium des Innern unter dem 2. Februar 1891, 22. August 1891 und 8. März 1892 Vorschriften betreffend die Veröffentlichung der in Preußen konzessionierten Lebensversicherungsgesellschaften über ihre jährlichen Geschäftsergebnisse erlassen und damit dem Kaiserlichen Aufsichtsamte seine Aufgabe wesentlich erleichtert. Die Beobachtung der engen Wechselbeziehungen zwischen der direkten und der Rückversicherung führte das Kaiserliche Aufsichtsamt immer mehr dazu, in der durch § 116 des Versicherungsaufsichtsgesetzes den Rückversicherungsunternehmungen eingeräumten Sonderstellung einen Mangel zu erblicken, der geeignet war, die Wirksamkeit der Aufsicht über den direkten Versicherungsbetrieb wesentlich zu beeinträchtigen. Es erließ daher der Reichskanzler unter dem 18. Juni 1908, nachdem im Reichsamte des Innern über die Ausdehnung der Aufsicht auf die Rückversicherungsunternehmungen mit Versicherungsfachleuten beraten worden war, folgende Bekanntmachung:

„Auf Grund des § 116 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (Reichs-Gesetzblatt S. 139) hat der Bundesrat angeordnet: vom 1. Januar 1909 ab finden die Vorschriften des § 55, des § 65 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 und der §§ 81, 83, 118 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 auf alle inländischen privaten Versicherungsunternehmungen Anwendung, welche die Rückversicherung in gesetzlich aufsichtspflichtigen Versicherungszweigen zum Gegenstand haben."

Die direkte Veranlassung zu dieser Bekanntmachung boten die an die Katastrophe von St. Francisco sich anknüpfenden Erfahrungen, wonach die Zusammenbrüche mehrerer deutschen Feuerversicherungsgesellschaften zum Teil auf mangelhafte Rückversiche-

rung zurückzuführen waren. Vom Standpunkt der Aufsichtsbehörde ist ja ohne Zweifel ein Bedürfnis, die Rückversicherungsanstalten einer gewissen Aufsicht zu unterstellen, vorhanden. Wohl könnte dem Erstversicherer die Vorlage der Rückversicherungsverträge und der Rechnungsabschlüsse des Rückversicherers auferlegt und unter Umständen auch eine nicht als einwandfrei erwiesene Rückversicherungsverbindung untersagt werden. In der Praxis würde aber eine Aufsichtsbehörde ein solches Verbot doch nur verantworten können, wenn ihr ein hinreichender Einblick in die Vermögenslage und ein sicheres Urteil über die Vertrauenswürdigkeit des Rückversicherers zu Gebote steht. Die bisher der Öffentlichkeit unterbreiteten Abschlüsse der Rückversicherungsgesellschaften gewährten zu einem solchen Urteile aber keine ausreichende Grundlage. So war also diese Bekanntmachung des Reichskanzlers gerechtfertigt und war es die nächste Aufgabe des Kaiserlichen Aufsichtsamtes, auf Grund dieser Bekanntmachung Vorschriften über die Rechnungslegung der vom Aufsichtsamte beaufsichtigten Rückversicherungsunternehmungen zu erlassen. Dies geschah denn auch unter dem 5. Februar 1909.

So viel von den verwaltungsrechtlichen Maßnahmen, die im großen und ganzen auch die Rückversicherungsgesellschaften befriedigen dürften. Welche Lösung hat nun das Recht der Rückversicherung in privatrechtlicher Hinsicht gefunden? Im ersten, von dem Reichsjustizamte im Mai 1903 veröffentlichten Entwurf eines Gesetzes über den Versicherungsvertrag war die Rückversicherung lediglich von den zwingenden Vorschriften des Gesetzes befreit. § 177 Abs. 1 bestimmte, daß die Vorschriften des Gesetzes, welche die Vertragsfreiheit beschränken, bei der Rückversicherung außer Anwendung bleiben. Es waren daher nach diesem Entwurf nur die dispositiven Vorschriften des Gesetzes auf die Rückversicherung anwendbar, soweit nicht zwischen den Kontrahenten entgegenstehende Vereinbarungen getroffen worden sind. Begründet wurde diese Ansicht damit, daß bei der Rückversicherung beide Teile als Versicherer in der Regel hinreichende Geschäftskunde besitzen, um selbst für die Wahrung ihrer Interessen zu sorgen und bei der internationalen Bedeutung der Rückversicherung dem Versicherer nicht die Möglichkeit geschmälert werden darf, seine Versicherungsbedingungen den Gesetzen und Verhältnissen des Auslandes anzupassen.[19]) Die Kritik[20]) war jedoch mit dieser Lösung nicht einverstanden, und so bestimmt der § 186 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908: „Die Vorschriften dieses Gesetzes finden . . . . auf die Rückversicherung keine Anwendung.“ Der Rückversicherungsvertrag hat demnach in der Kodifikation unseres Versicherungsrechtes keine Regelung gefunden. Es besteht allgemeine Übereinstimmung darüber, daß die landesgesetzlichen Bestimmungen über den Rückversicherungsvertrag keine Geltung mehr besitzen und neue landesgesetz-

[19]) Begründung zum Entwurf eines Gesetzes über den Versicherungsvertrag 1903, S. 51.

[20]) Namentlich auf der Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft vom 10. bis 12. Dezember 1903.

liche Vorschriften nicht mehr erlassen werden dürfen. Dies stellt auch der Bericht der Reichstagskommission (K. B. I. S. 132) ausdrücklich fest, Regierung und Kommission seien darüber einig, „daß neben dem Entwurf landesgesetzliche Bestimmungen über die Rückversicherung keine Geltung behielten“, und es wurde weiterhin ein in dieser Kommission gestellter Antrag auf Ergänzung des § 186 nach der Richtung hin, daß die bestehenden landesgesetzlichen Vorschriften außer Kraft treten, deshalb abgelehnt, weil dies selbstverständlich sei. Wir sind also bei der Beurteilung der Rückversicherung in erster Linie auf den Inhalt der zwischen den Kontrahenten vereinbarten Rückversicherungsverträge, ferner auf ein etwaiges Gewohnheitsrecht und endlich auf die allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches und Handelsgesetzbuches angewiesen. Da der § 186 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag die direkte Anwendung der in diesem Gesetz aufgestellten Normen verbietet, so können wir dieselben nur analog anwenden, soweit sich dies mit dem Wesen und der Natur der Rückversicherung vereinbaren läßt.

Ein Beitrag zur Technik der Lebensrückversicherung.

Von Dr. phil. Heinrich Braun (Ludwigshafen a. Rhein).

Der 7. Internationale Aktuar-Kongreß hatte das Thema „die Rückversicherung in der Lebensversicherung“ mit auf die Tagesordnung gesetzt. Die dazu eingereichten Gutachten sind in dem 1. Bd. der Kongreßberichte abgedruckt. Betrachtet man aber die veröffentlichten Abhandlungen eingehend, so muß man sagen, daß sie nicht viel Neues zutage gefördert haben. Über viele wichtige und interessante Fragen ist man trotz der 118 Seiten, die die Denkschriften umfassen, noch ganz im unklaren.

Sind die Sterblichkeitsverhältnisse bei einem rückversicherten Bestand die gleichen, wie bei einem Bestande eines Direktversicherers? Hat die Tatsache, daß es sich bei Rückversicherungen um Versicherungen von Personen mit größeren Versicherungssummen handelt, insofern einen günstigen Einfluß, als man die Personen größerer Versicherungen auch als Personen besserer Einkommensverhältnisse ansehen muß, deren Sterblichkeit besser ist als die Sterblichkeit von Personen geringerer Einkommensklassen? Oder muß man nicht im Gegenteil unter den Versicherungen mit höheren Summen mehr Spekulationsversicherungen vermuten? Ist die Selbstmordziffer bei einem rückversicherten Bestand größer als bei einem Bestand eines Direktversicherers? Wie stellen sich die Abgangsverhältnisse? Ist der Verfall in den ersten Jahren nicht etwa viel bedeutender als beim direkten Geschäft, so daß Verluste durch die ungedeckten Abschlußkosten der verfallenden Versicherungen

entstehen? Läßt sich zahlenmäßig an einem Rückversicherungsportefeuille, das aus Quoten- und Exzedentenverträgen gesammelt ist, ein Unterschied in der finanziellen Wirkung dieser beiden Vertragsarten nachweisen? Wie läßt sich eine rationelle Bemessung der Rückversicherungsprämien durchführen? Haben die üblichen Abschlußprovisionen etwa schon eine solche Höhe erreicht, daß die vom Direkt-Versicherer empfangenen Prämien keine „ausreichenden" Prämien mehr sind?

So gibt es eine Menge Fragen, die der Beantwortung ganz oder zum Teil harren. Und man sollte meinen, daß gerade im Deutschen Reiche, das in bezug auf Größe und Bedeutung der Rückversicherungs-Gesellschaften in der Welt voransteht, die Beantwortung einer Anzahl dieser Fragen gelegentlich des Amsterdamer Kongresses versucht worden wäre. Aber augenscheinlich begnügt man sich damit, Lebens-Rückversicherungen abzuschließen, und sieht dann zu, wie das Geschäft verläuft, verschmäht es dagegen, Untersuchungen solcher Art überhaupt anzustellen. Oder es hat diese oder jene Rückversicherungs-Gesellschaft schon für sich die eine oder andere dieser Fragen auf Grund eigenen Materials geprüft, behält aber ihre Erfahrungen für sich und überläßt es der Konkurrenz zuzusehen, wie diese ohne solche theoretischen Orientierungen zurecht kommt.

Die wichtigste, ich möchte sagen die ausschlaggebende Bestimmung eines Rückversicherungs-Vertrags ist die *Vereinbarung über die Höhe der Prämien und der Provisionen.* Wenn der Rückversicherer die Versicherung einfach zur Prämie und den Provisionsbedingungen des Direktversicherers übernimmt und außerdem diesem einen den allgemeinen Verwaltungskosten des Direktversicherers entsprechenden Verwaltungskostenzuschlag zahlt, wird man im allgemeinen nicht behaupten können, daß der eine der vertragschließenden Teile durch den Rückversicherungs-Vertrag zu stark im Vorteil oder im Nachteil ist. Namentlich wenn es sich um einen Quotenvertrag handelt, wird der Geschäftsverlauf beim Rückversicherer so ziemlich der gleiche sein, wie der beim Direktversicherer.

Der Rückversicherer muß nur damit rechnen, daß, wenn der Direktversicherer das Geschäft zu teuer akquiriert oder ein zu schlechtes Portefeuille zusammenbringt, der Vertrag für ihn verlustbringend sein wird. Daß ein solcher Fall aber nicht eintritt, dafür zu sorgen, liegt einmal im eigensten Interesse des Direktversicherers selbst und zum andern in der Gewalt des Rückversicherers, indem er die Qualität der direkten Gesellschaft und ihrer Leitung vor Abschluß des Vertrages prüfen kann. Eine solche Behandlung der Rückversicherung entspricht aber mehr den englischen und amerikanischen Verhältnissen, wo der Direktversicherer wegen des Bonus (Gewinnbeteiligung in Form von Summenzuwachs), den auch der Rückversicherer meist mitdecken muß, die Originalprämien zu vergüten hat und dafür entsprechende Provisionen bekommt. Deutsche Gepflogenheit dagegen ist, den Rückversicherer mit der Gewinnbeteiligung nicht zu behelligen und ihm dafür eine entsprechend niedrigere Prämie zu geben. Da nun die Differenz zwischen der Prämie der Versicherungen ohne und mit Gewinnbeteiligung meist

10 % beträgt, so wird, wenn die Originalprämie die Beteiligung des Versicherten am Geschäftsgewinn voraussetzt, der Rückversicherer meist eine um etwa 10 % niedrigere Prämie erhalten. Oft wird die Rückversicherung auch nach besonderen Normen (eigene Sterblichkeitstafel und besonderer Zuschlag) bestimmt. Die Festsetzung der Abschluß- und Inkasso-Provision ist dann meist nicht eine Frage richtiger technischer Berechnung, sondern eine Angelegenheit kaufmännischen Handelns. Immerhin aber sollte die Grenze, bis zu der man bei der Abschluß- und Inkasso-Provision gehen kann, vorher rechnerisch festgesetzt werden. Soll die Rückversicherung zu einer gegebenen Bruttoprämie und zur festgesetzten Abschluß- und Inkasso-Provision übernommen werden, so wird die Berechnung der nach Abzug der Provisionskosten verbleibenden Nettoprämie gewöhnlich in der Weise vorgenommen, daß man die Rückversicherungsprämie um den Betrag der Inkasso-Provision und der Tilgungsquote der Abschlußkosten kürzt. Ein Beispiel soll diese herkömmliche Berechnung zeigen:

Bei Alter 35 und einer Gemischten Versicherung auf 25 Jahre betrage die Rückversicherungsprämie 39 ‰, die Abschlußprovision 30 ‰ und die Inkasso-Provision 10 % vom 1. Jahr an. (Rechnungsgrundlagen M & W I, 3½%.)

Rückversicherungsprämie		39.— ‰
Inkasso-Provision	3.90	
Amortisationsquote der Abschlußprovision $\frac{30}{_{25}a_{35}} = \frac{30}{14.943} =$	2.—	5.90
		33.10 ‰

Da die nach den obigen Rechnungsgrundlagen sich ergebende Nettoprämie aber nun ebensoviel beträgt, so wird man die angesetzte Prämie bei den gegebenen Provisionsbedingungen als ausreichend ansehen. Für jede höhere Abschlußprovision bei gleicher Inkasso-Provision und für jede höhere Inkasso-Provision bei gleicher Abschlußprovision erscheint die verbleibende Prämie nicht mehr als ausreichend. Der Rückversicherer wird dann erklären, daß es für ihn eine untere Grenze für das Prämien-Äquivalent gäbe, unter die er nicht herabgehen könne. Als diese untere Grenze wird eben die mathematische Nettoprämie angesehen.

Für den Rückversicherer mag es angehen, wenn er bei einer Rechnungsgrundlage, wie M & W I und 3½%, wenigstens die mathematische Nettoprämie für seine Rückversicherung bekommt. Denn seine Gewinnchance liegt dann in dem Sterblichkeitsgewinn, im Zinsgewinn und im Stornogewinn, den er auch in solchem Falle noch macht, sofern nur seine laufenden Verwaltungskosten und die ungetilgten Abschlußkosten derjenigen Versicherungen, die bei freiwilligem Abgang erlöschen und die nicht in der verfallenden Prämienreserve ihre Deckung finden, nicht zu groß sind. Ob eine Rückversicherungsverbindung mit einer Gesellschaft dann für ihn gewinn- und verlustbringend ist, wird er durch Aufmachung einer besonderen Gewinn- und Verlustrechnung nach folgendem Schema für jedes Geschäftsjahr erfahren.



Einnahmen		Ausgaben	
1. Überträge aus dem Vorjahr .		1. Zahlungen für Versicherungsfälle	
a) Prämienreserve		2. Zahlungen für Rückkäufe .	
b) Prämienüberträge . . .		3. Retrocessionsprämien . . .	
c) Reserve für schwebende Versicherungsfälle . . .		4. Anteil an allgemeinen Verwaltungskosten und Steuern	
2. Prämien		5. Abschluß- und Inkasso-provisionen	
3. Zinsanteil		6. Anteil an den allgemeinen Abschreibungen	
4. Anteil an Kursgewinn . . .		7. Anteil an Kursverlusten . .	
5. Vergütung der Retrocessionäre		8. Prämienreserve	
		9. Prämienüberträge	
		Überschuß der Einnahmen .	

Ein solches Verfahren, die Zulässigkeit der vereinbarten Rückversicherungsbedingungen zu prüfen, führt zwar zu dem gewünschten Resultat, ist aber doch erst eine Prüfung post festum. War der eingegangene Rückversicherungs-Vertrag ungünstig, dann wird dies erst entdeckt, wenn es zu spät ist, denn wenn auch der Vertrag gekündigt werden kann, so erfordert doch die Abwicklung des übernommenen Portefeuilles noch weitere Opfer.

Wenn man aber von vornherein schon bei vorgegebenen Provisionen eine genügende Prämie erhalten will, dann geht es nicht an, die Prämienberechnung bloß mit Hilfe der ersten zwei Rechnungsgrundlagen I. Ordnung vorzunehmen, dann muß man vielmehr die Grundlagen der Wirklichkeit möglichst genau anpassen, d. h. *man muß zu den Rechnungsgrundlagen II. Ordnung übergehen und mit Hilfe der vier Rechnungsgrundlagen die Minimalprämie berechnen.* Diese Minimalprämie ist dann diejenige Prämie, die die Rückversicherungs-Gesellschaft bekommen muß, um ohne Nachteil (und allerdings auch ohne Vorteil) ihre dem Direktversicherer gegenüber eingegangenen Verpflichtungen erfüllen zu können. Bekommt sie eine höhere Prämie, dann wird sie an dem Rückversicherungsgeschäft voraussichtlich gewinnen, bekommt sie aber eine niedrigere Prämie, dann wird sie dabei wahrscheinlich verlieren.

Die Wahl der Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Minimalprämie ist hier viel weniger schwierig, als wenn es sich um die Tarifkonstruktion einer direkt arbeitenden Gesellschaft handelte. Denn während bei der Tarifkonstruktion für eine direkt arbeitende Gesellschaft die genaue Erfassung der 3. Rechnungsgrundlage, der Verwaltungskosten, mit Schwierigkeiten verknüpft ist und man damit rechnen muß, daß die wirklichen Abschluß- und Verwaltungskosten (in der Zukunft) von den angenommenen mehr oder weniger abweichen, trifft dies für die Rückversicherung nur in ganz geringem Maß zu. Im einzelnen dürften für die Wahl der Rechnungsgrundlagen folgende Überlegungen in Betracht kommen.

1. Als *1. Rechnungsgrundlage* ist eine Selektionstafel, deren Sterblichkeit den derzeitigen Sterblichkeitsverhältnissen unter deutschen lebensversicherten Personen möglichst entspricht, zu wählen. Die sogenannte „Reduzierte neue Bankliste" der Gothaer Lebensversicherungs-Bank (enthalten in „Die Reform des Rechnungswesens der Gothaer Lebensversicherungs-Bank a. G." von Dr. *J. Karup,* Jena 1903, Bd. 2 S. 166) scheint mir z. Zt. die einzige brauchbare Tafel. Sie stammt aus einem Beobachtungsmaterial der Periode 1881 bis 1896.

2. Als *Zinsfuß* (2. Rechnungsgrundlage) kommt der von 4 % in Betracht. Denn, obgleich das Erträgnis der Vermögensanlagen der direkten Gesellschaften in den letzten Jahren sich nicht unbeträchtlich über diesen Satz erhoben hat, so erscheint mit Rücksicht darauf, daß die Rückversicherungs-Gesellschaft einerseits immer auf größere Liquidität sehen und deshalb größere Wertpapieranlagen, die niedriger verzinslich sind, halten muß, und anderseits mit Rücksicht auf § 58 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen auf die Anlegung der für die übernommenen Rückversicherungen entstehenden Prämienreserven keinen Einfluß ausüben kann, der Zinsfuß von 4 % gerade noch der äußerst zu erzielende. Da das rückversicherte Unternehmen die Prämienreserve für die in Rückversicherung gegebenen Summen selbst aufzubewahren und zu verwalten hat, wird die Vereinbarung im Rückversicherungs-Vertrag wegen der dem Rückversicherer gutzubringenden Zinsen entweder dahin lauten, daß der Rückversicherer einen während der ganzen Dauer des Vertrages gleichbleibenden und von vornherein festgesetzten Zins bekommt, oder daß er einen von dem wirklichen Vermögenserträgnis des Direktversicherers abhängenden (von Jahr zu Jahr sich ändernden) Zins erhält. Wird z. B. der Zinssatz vergütet, der sich für den Prämienreservefonds im Durchschnitt ergibt, dann hat der Direktversicherer es in der Hand, den Durchschnittszinsfuß nach seinem Belieben etwas zu regulieren.

3. Bezüglich des *Abganges* (4. Rechnungsgrundlage) wurde schon eingangs erwähnt, daß leider noch keine Untersuchung über die Stornoverhältnisse bei einem rückversicherten Bestand vorliegt. Da aber mit Vermutungen bezüglich eines solchen Umstandes nicht viel geholfen ist, so bleibt nichts anderes übrig, als für vorzunehmende Berechnungen eine Stornoskala eines Direkt-Versichertenbestandes zu wählen. Eine solche finden wir in dem schon erwähnten *Karup*schen Werk (S. 184). Diese Stornoskala erscheint zwar für Rückversicherungen etwas niedrig, weil man gewöhnlich annimmt, daß solche Versicherungen, die zu Rückversicherungen Anlaß geben, einem größeren Verfall unterliegen. Doch ist diese Frage noch so wenig geklärt, daß man ruhig mit der Gothaer Stornoskala arbeiten kann, sofern man nur in anderer Weise eine Sicherheitsmaßregel einführt.

4. Die 3. Rechnungsgrundlage: *Die gesamten Verwaltungskosten.* Wenn man diese analysiert, so kann man sie in die Organisationskosten, Abschlußkosten, Inkassokosten und laufende Verwaltungs-

kosten trennen. Organisationskosten in dem Sinne, wie solche von den direkten Gesellschaften aufgewendet werden, hat eine Rückversicherungs-Gesellschaft gewöhnlich nicht. Es kann zwar vorkommen, daß eine Rückversicherungs-Gesellschaft, um einen Rückversicherungs-Vertrag mit einer direkten Gesellschaft zu erlangen, eine Reihe von Jahren besondere Zuweisungen an diese Gesellschaft macht, aber diese besonderen Zuschüsse müssen doch irgendwie von der direkten Gesellschaft wieder zurückerstattet werden.

Für gewöhnlich bleiben daher nur die Abschlußprovisionen und die Inkasso-Provisionen übrig, die im Vertrag genau festgelegt sind, sowie die laufenden Verwaltungskosten. Nun geben die Rückversicherungs-Gesellschaften in ihren Rechenschaftsberichten, die meist recht dürftig gehalten sind, für ihre Lebensabteilungen zwar keine besondere Gewinn- und Verlustrechnung bekannt, mittels der sich diese Kosten genau angeben ließen, aber es läßt sich doch näherungsweise vorgehen und für eine Reihe von Rückversicherungs-Gesellschaften dieser Unkostensatz so ermitteln, daß er mindestens dieselbe Genauigkeit besitzt, wie der Unkostenprozentsatz, den man für eine direkte Gesellschaft ermitteln kann.

Für einige Gesellschaften, die einen nicht unerheblichen Bestand an Lebensrückversicherungen führen, wurde dieser Prozentsatz der laufenden Verwaltungskosten für eine Reihe von Jahren in der Weise bestimmt, daß die allgemeinen Ausgaben für das gesamte Geschäft (Verwaltungskosten, Steuern, Abschreibungen, Kursverluste usw.) um die besonderen Einnahmen gekürzt wurden und dieser Betrag auf die einzelnen Abteilungen (Feuer, Leben usw.) im Verhältnis der vereinnahmten Rückversicherungsprämien dieser Abteilungen zur Prämieneinnahme des Gesamtgeschäfts verteilt wurde. Für die so ermittelten Verwaltungskosten der Lebensversicherungsabteilung jeder Gesellschaft wurde dann der Prozentsatz, den sie von der Prämie des Selbstbehaltes ausmachen, bestimmt. Dieser Verwaltungskostenprozentsatz ist in der nachfolgenden Tabelle für acht Gesellschaften angegeben.

	Aachener	Kölner	Minerva	Schweizer
1907 . . .	— [1]	2.79%	4.07% [4]	3.57% [4]
1908 . . .	— [1]	1.61% [3]	2.45%	2.26%
1909 . . .	3.29%	2.48%	2.93%	2.43%
1910 . . .	3.86%	2.58%	3.60% [4]	3.28% [5]
1911 . . .	4.85% [2]	2.63%	3.93% [4]	3.39% [5]
1912 . . .	7.80% [4]	3.70% [4]	5.89% [4]	4.27% [4]
Bestand Ende 1912	ℳ 107 568 932	ℳ 264 789 932	ℳ 66 181 987	Frs. 317 782 809

[1]) Besonderer Ausweis der Lebensabteilung liegt nicht vor.
[2]) Steuern sehr gestiegen.
[3]) Größerer Kursgewinn.
[4]) Größerer Kursverlust.
[5]) Besondere Abschreibungen und Kursverluste.

	Rheinisch-Westf.	Hamburg-Bremer	Süddeutsche	Münchener
1907 . . .	4.94%[6]	6.04%[8]	—	1907/8 1.57%
1908 . . .	— [7]	3.35%	2.18%	1908/9 1.26%
1909 . . .	3.20%	3.96%	2.64%	1909/10 1.61%
1910 . . .	3.65%	4.14%	5.45%[9]	1910/11 1.48%
1911 . . .	4.43%[6]	4.87%	6.53%[9]	1911/12 1.75%
1912 . . .	4.16%[6]	6.21%[6]	7.65%[6]	per 30. 6. 1912
Bestand Ende 1912	ℳ 26 900 385	ℳ 27 600 315	ℳ 24 014 491	ℳ 497 421 468

Für die Bezeichnungen wurde die sogenannte internationale Bezeichnungsweise gewählt. Die hauptsächlichsten Zeichen sind die folgenden:

m = verflossene Versicherungsdauer

$D_{[x]+m}$ = diskontierte Zahl der treuen Versicherten nach m Versicherungsjahren

$N_{[x]+m} = \Sigma D_{[x]+m}$

$C_{[x]+m}$ = diskontierte Zahl der Gestorbenen des treuen Versicherungsbestandes im m. Versicherungsjahre

$M_{[x]+m} = \Sigma C_{[x]+m}$

$E_{[x]+m}$ = diskontierte Zahl der freiwillig Ausscheidenden nach m Jahren

${}_{\bar{n}}a_{[x]}$ = Rentenbarwert 1 der treuen Versicherten

$A_{[x]}$ = Einmalprämie

$P_{[x]}$ = Jahresprämie (Minimalprämie)

Zu den Berechnungen wurden die von *Karup* in seiner Arbeit „Reform des Rechnungswesens der Gothaer Lebensversicherungs-Bank" berechneten Hilfszahlen verwendet, die auf das Eintrittsjahr diskontiert sind.

Im übrigen geschieht die Berechnung mit Hilfe der angegebenen vier Rechnungsgrundlagen in der Weise, daß die erwartungsmäßigen Einnahmen an Minimalprämien und die erwartungsmäßigen Ausgaben an Versicherungssummen, Rückkaufsbeträgen und Verwaltungskosten aufgesucht werden. Am einfachsten lassen sich die erwartungsmäßigen Ausgaben an Versicherungssummen wiedergeben.

---

[6]) Größerer Kursverlust.
[7]) Der auf die Lebensabteilung entfallende Anteil am Kursgewinn ist größer als der errechnete Anteil der Verwaltungskosten.
[8]) Das erste volle Jahr nach Gründung der Gesellschaft.
[9]) Die Prämie des Selbstbehaltes nimmt gegen die Vorjahre sehr stark ab.

Handelt es sich um eine Gemischte Versicherung (die Todesfall-Versicherungen behandelt man vorsichtshalber als Gemischte Versicherungen auf das Schlußalter 85), so ist der Wert der Versicherungsleistungen

$$\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \left\{ M_{[x]} - M_{[x]+n} + D_{[x]+n} \right\}$$

Um den Wert der Ausgaben für Rückkäufe zu bekommen, braucht man die Rückkaufswerte nach den Bedingungen der Hauptversicherung. Da nun als Rückkaufsbetrag ein — meist mit den Versicherungsjahren steigender — Prozentsatz der Prämienreserve gezahlt wird, diese Sätze aber von Gesellschaft zu Gesellschaft verschieden sind, dürfte für den Rückversicherer die Annahme genügen, daß die ganze Reserve als Ausgabe bei freiwilliger Aufgabe der Versicherung in die Rechnung eingesetzt wird. Damit erreicht man einerseits, daß die berechneten Minimalprämien unabhängig von den verschiedenen Rückkaufsbedingungen der direkten Gesellschaften werden und daß anderseits eine bei der Erwähnung der 4. Rechnungsgrundlage als erwünscht bezeichnete Sicherheitsmaßregel gegenüber einer zu niedrig gegriffenen Stornoskala eingeführt wird. Die verwendeten Prämienreserven ${}_mV_{[x]+m}$ sind die nach der Tafel M & W I mit 3½% berechneten. Es entspricht den in Deutschland üblichen Versicherungsbedingungen, daß eine Rückvergütung erst nach 3 Jahren erfolgt (von 63 in *Kahlo* „Vergleichende Zusammenstellung der Versicherungsbedingungen der im Deutschen Reiche arbeitenden Lebensversicherungsgesellschaften 1913“ angegebenen Versicherungs-Gesellschaften lassen 56 den Rückkauf erst zu, nachdem 3 Jahresprämien bezahlt worden sind).

Der Wert der auf den Beginn der Versicherung diskontierten Rückvergütung ist dann

$$\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \left\{ E_{[x]+3} \cdot {}_3V_{[x]+3} + E_{[x]+4} \cdot {}_4V_{[x]+4} + \cdots \right\}$$
$$= \frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_{3}^{n} E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$$

Um den Wert der Unkosten für alle Beigetretenen zu bekommen, wird man die Kosten in Abschlußkosten und Inkasso- und Verwaltungskosten trennen. Die Abschlußkosten können nun in pro mille der Versicherungssumme oder in Prozenten der Bruttoprämie normiert sein. Betragen sie im ersten Falle α ‰ der Versicherungssumme und seien die Inkasso- und Verwaltungskosten mit β % der Prämie angenommen, dann betragen sie zusammen

$$\alpha + \beta \cdot P_{[x]} \cdot {}_{\overline{n|}}a_{[x]}$$

Der Wert aller zukünftigen Einnahmen an Minimalprämien ist

$$P_{[x]} \cdot {}_{\overline{n|}}a_{[x]}$$

Nach dem Grundsatz der Gleichheit von Leistung und Gegenleistung finden wir

$$P_{[x]} = \frac{1}{{}_n\mathrm{a}_{[x]}} \left\{ \frac{M_{[x]} - M_{[x]+n} + D_{[x]+n} + \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}}{D_{[x]}} + \alpha + \beta P_{[x]} \cdot {}_{\overline{n}|}a_{[x]} \right\}$$

$$P_{[x]} \cdot (1 - \beta) = \frac{1}{{}_{\overline{n}|}a_{[x]}} \left\{ \frac{M_{[x]} + M_{[x]+n} + D_{[x]+n} + \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}}{D_{[x]}} + \alpha \right\}$$

Für die praktische Durchführung derartiger Rechnungen ist zunächst die Auswertung der diskontierten Werte der Rückvergütungen $\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$ erforderlich. Für die hauptsächlichsten Tarife sind diese Werte in Tafel 1 zusammengestellt. Will man nun prüfen, ob bei einem vorliegenden Rückversicherungsvertrage die Prämien und Provisionsbedingungen für die Rückversicherungs-Gesellschaft zureichend sind oder nicht, so wird zunächst auf Grund des gegebenen Prämientarifes, der Inkasso-Provision und des Verwaltungskostensatzes der Rückversicherungs-Gesellschaft die Reihe der

$$P_{[x]} \cdot (1 - \beta)$$

bestimmt. Dies ist die Jahresprämie, die der Rückversicherungs-Gesellschaft zur Deckung der Leistungen an Abschlußprovision, Zahlungen an Versicherungssummen und Rückvergütungen verbleibt. Um nun für die verschiedenen Werte von α die zugehörige Prämie zu bekommen, empfiehlt es sich für $\alpha = 0, 10, 15, 20 \ldots$ bis $50\,^0/_{00}$ die Berechnungen durchzuführen und dann zur graphischen Darstellung überzugehen. Die graphische Darstellung von Versicherungswerten wird zwar sonst wenig geübt, aber sie ist dann sehr zweckmäßig, wenn es sich darum handelt, zu vermeiden, immer von neuem umfangreiche Rechentabellen anfertigen zu müssen und wenn man zu Vergleichszwecken eine bessere Anschaulichkeit gewinnen will. Man kann besser vergleichen, wenn man den gegenseitigen Verlauf von gezeichneten Kurven überblickt, als wenn man Zahlenwerte einander gegenüberstellt.

Für die wichtigste Versicherungsform, für die Gemischte Versicherung sind in Tafel 2 und 3

die Rentenwerte ${}_n\mathrm{a}_{[x]}$

die Einmalprämien

$${}_{\overline{n}|}A_{[x]} \text{ und } {}_{\overline{n}|}A'_{[x]} = \frac{M_{[x]} - M_{[x]+n} + D_{[x]+n} + \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}}{D_{[x]}}$$

und die Minimalprämien $\frac{{}_{\overline{n}|}A'_{[x]}}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}}$ (für $\alpha = 0$)

tabelliert. Um an einem Beispiel die Verwendung der graphischen Darstellung zu zeigen, sind in Tafel 4 die Kurven der Minimalprämien des Tarifs „Gemischt 20" für $\alpha = 0, 10$ bis 50 ‰ eingetragen, indem zu jeder Altersabszisse (20, 25 usw.) die Minimalprämie als Ordinate eingetragen wurde. Soll daher beispielsweise geprüft werden, ob eine Rückversicherungs - Gesellschaft Gemischte Versicherungen auf 20 Jahre zu den Prämien des nachfolgenden Tarifs bei 40 ‰ Abschlußprovision und 10 % Inkasso-Provision vom 1. Jahre ab übernehmen kann, und betragen die eigenen Verwaltungskosten der Rückversicherungs-Gesellschaft 5 %, so genügt es

$$(1 - \beta)\, P_{[x]}$$

auszurechnen und die gefundenen Werte in die Tafel einzutragen. (Gestrichelte Kurve.) Man sieht ohne weiteres, daß die angebotene Prämie sich immer etwas unter der Minimalprämie hält.

Prämientarif.

Alter	Jahresprämie	Alter	Jahresprämie	Alter	Jahresprämie
20	44.50	31	45.60	42	49.50
21	44.50	32	45.80	43	50.10
22	44.60	33	46.10	44	50.70
23	44.60	34	46.30	45	51.40
24	44.60	35	46.60	46	52.20
25	44.70	36	46.90	47	53.10
26	44.80	37	47.30	48	54.—
27	44.90	38	47.70	49	55.10
28	45.10	39	48.10	50	56.20
29	45.20	40	48.50		
30	45.40	41	49.—		

$$(1-\beta)\, P_{[x]} = 0.85\, P_{[x]}$$

Alter	Jahresprämie	Alter	Jahresprämie	Alter	Jahresprämie
20	37.83	31	38.76	42	42.08
21	37.83	32	38.93	43	42.59
22	37.91	33	39.19	44	43.10
23	37.91	34	39.36	45	43.69
24	37.91	35	39.61	46	44.37
25	38.00	36	39.87	47	45.14
26	38.08	37	40.21	48	45.90
27	38.17	38	40.55	49	46.84
28	38.34	39	40.89	50	47.77
29	38.42	40	41.23		
30	38.59	41	41.65		

Bei der praktischen Verwendung und Handhabung derartiger graphischer Darstellungen ist es natürlich nicht empfehlenswert, in jedem einzelnen Falle die graphische Tabelle mit den Werten $\alpha = 0$, 10, 20 ‰ usw. immer wieder von neuem zu zeichnen. Man wird vielmehr ein für allemal derartige Tabellen für die häufiger vor-



kommenden Tarife anfertigen und sie mittels irgendeines Druckverfahrens vervielfältigen. Tritt dann die Aufgabe an den Versicherungstechniker heran, die Minimalprämien für spezielle Fälle bestimmen zu müssen, so braucht er nur die entsprechende Tarifzeichnung herzunehmen, die $(1-\beta)\,P_{[x]}$ rasch ausrechnen und in die Kurventafel eintragen. So wird ohne viel Rechenarbeit die Frage des Ausreichens eines angebotenen Prämientarifes sehr schnell entschieden werden können.

Wird jedoch die Abschlußprovision in Prozenten der Rückversicherungsprämie vereinbart, so gestaltet sich die Rechnung etwas weniger einfach. Die Formel für die Minimalprämie lautet dann

$$P_{[x]} = \frac{1}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} \cdot \left\{ {}_{\overline{n}|}A_{[x]} + \frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_{3}^{n} E_{[x]+m} \cdot {}_{m}V_{[x]+m} + \alpha P_{[x]} + \beta P_{[x]} \cdot {}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]} \right\};$$

$$P_{[x]}\left(1 - \frac{\alpha}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} - \beta\right) = \frac{1}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} \cdot \left\{ {}_{\overline{n}|}A_{[x]} + \frac{1}{D_{[x]}} \sum_{3}^{n} E_{[x]+m} \cdot {}_{m}V_{[x]+m} \right\}$$

$$P_{[x]} = \frac{{}_{\overline{n}|}A'_{[x]}}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} \cdot \frac{1}{\left(1 - \frac{\alpha}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} - \beta\right)}$$

$$= \gamma \cdot \frac{{}_{\overline{n}|}A'_{[x]}}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}}$$

Für diesen Fall werden zweckmäßig die Kurven der Minimalprämien $P_{[x]}$ für verschiedene Werte von γ in das Zeichennetz eingetragen.

Dazu benötigt man zunächst eine Hilfstabelle, die die Werte $\frac{\alpha}{{}_{n}\mathrm{a}_{[x]}}$ für $\alpha = 0.1$ enthält.

Beitrittsalter	Werte $\frac{0.1}{{}_{n|}\mathrm{a}_{[x]}}$ für die Versicherungsdauern								für das Schlußalter
	10	15	20	25	30	35	40	45	85
20	0.0134	0.0101	0.0085	0.0076	0.0070	0.0066	0.0063	0.0062	0.0060
25	0.0131	0.0099	0.0083	0.0074	0.0068	0.0065	0.0062	0.0061	0.0059
30	0.0129	0.0097	0.0081	0.0073	0.0067	0.0064	0.0062	0.0061	0.0060
35	0.0127	0.0096	0.0081	0.0073	0.0068	0.0065	0.0063	0.0063	0.0062
40	0.0127	0.0096	0.0082	0.0074	0.0070	0.0067	0.0066	0.0066	0.0066
45	0.0129	0.0098	0.0084	0.0077	0.0074	0.0072	0.0071		0.0071
50	0.0131	0.0101	0.0088	0.0082	0.0079	0.0078			0.0078
55	0.0134	0.0106	0.0094	0.0089	0.0088				0.0088
60	0.0138	0.0112	0.0102	0.0099					0.0099

Nimmt man als niedrigste Abschlußprovision 10 % ($\alpha = 0.1$) und als höchste 100 % ($\alpha = 1$) der Jahresprämie, ferner als niedrigste Inkasso- und Verwaltungsspesen 5 % und als höchste 15 % der Minimalprämie an, so ergeben sich folgende Minimal- bzw. Maximalwerte von $\frac{1}{\gamma}\left(1 - \frac{\alpha}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} - \beta\right)$ bzw. γ.

Beitrittsalter	Minimalwerte $1-\beta$	Minimalwerte $\frac{0.1}{{}_{\overline{n}\|}\mathrm{a}_{[x]}}$	Minimalwerte $\frac{1}{\gamma}$	Minimalwerte γ	Maximalwerte $(1-\beta)$	Maximalwerte $\frac{0.1}{{}_{\overline{n}\|}\mathrm{a}_{[x]}}$	Maximalwerte $\frac{1}{\gamma}$	Maximalwerte γ
20	0.95	0.0060	0.9440	1.0593	0.85	0.134	0.716	1.3966
25	0.95	0.0059	0.9441	1.0592	0.85	0.131	0.719	1.3908
30	0.95	0.0060	0.9440	1.0593	0.85	0.129	0.721	1.3870
35	0.95	0.0062	0.9438	1.0595	0.85	0.127	0.723	1.3831
40	0.95	0.0066	0.9434	1.0600	0.85	0.127	0.723	1.3831
45	0.95	0.0071	0.9429	1.0606	0.85	0.129	0.721	1.3870
50	0.95	0.0078	0.9422	1.0613	0.85	0.131	0.719	1.3908
55	0.95	0.0088	0.9412	1.0625	0.85	0.134	0.716	1.3966
60	0.95	0.0099	0.9401	1.0637	0.85	0.138	0.712	1.4045

Es genügt für praktische Zwecke vollkommen, wenn man für die graphische Darstellung eine Prämienkurve

$$P_{[x]} = \frac{\gamma}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}}\left\{{}_{\overline{n}|}A_{[x]} + \frac{1}{D_{[x]}}\sum_{3}^{n} \cdot E_{[x]+m} \cdot {}_{m}V_{[x]+m}\right\}$$

$$= \gamma \frac{{}_{\overline{n}|}A'_{[x]}}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}}$$

für $\gamma = 1.00$ bis 1.40 in Abstufungen von 0.05 zeichnet.

Wenn daher wieder die Aufgabe vorliegt, Rückversicherungen zu den Prämien des vorhin gegebenen Tarifes übernehmen zu sollen, jedoch mit der Modifikation, daß die Abschlußprovision 60 % der Jahresprämie betragen soll, dann muß man für die einzelnen Beitrittsalter zuerst $\gamma = \frac{1}{\left(1 - \frac{\alpha}{{}_{\overline{n}|}\mathrm{a}_{[x]}} - \beta\right)}$ bestimmen.

Gemischt 20.

Beitrittsalter	$1-\beta$	$\frac{0.6}{{}_{\overline{n}\|}\mathrm{a}_{[x]}}$	$\frac{1}{\gamma}$	γ
20	0.85	0.0510	0.7990	1.2516
25	0.85	0.0498	0.8002	1.2497
30	0.85	0.0486	0.8014	1.2478
35	0.85	0.0486	0.8014	1.2478
40	0.85	0.0492	0.8008	1.2488
45	0.85	0.0504	0.7996	1.2506
50	0.85	0.0528	0.7972	1.2544

In dem Kurvennetz sucht man auf jeder Altersordinate den Schnittpunkt mit jeder γ-Kurve und erhält damit in Längeneinheiten der Ordinate gemessen die Minimalprämie $P_{[x]}$. Trägt man ferner auf den Ordinaten die P des Prämientarifes auf, so sieht man wieder, wann bei den gegebenen Provisions- und Kostenbedingungen die Prämien ausreichend sind und wann nicht.

Bei Versicherungen mit festem Auszahlungstermin kann die Berechnung der Minimalprämien nach dem gleichen Verfahren durchgeführt werden. Nur bei den Todesfallversicherungen mit abgekürzter Prämienzahlung wird man die nach Ablauf der Prämienzahlungsdauer entstehenden Kosten formelmäßig berücksichtigen müssen, am einfachsten vielleicht so, daß man sie mit demselben Prozentsatz der Jahresprämie annimmt, den man als Verwaltungskostensatz der Rückversicherungs-Gesellschaft gefunden hat.

Der praktische Wert einer solchen Darstellung liegt darin, daß man sich erspart, umfangreiche Tabellenwerke anlegen zu müssen, die viel schwerer zu übersehen sind, als ein paar einfache Zeichnungen. Die geringere Genauigkeit der graphisch gewonnenen Werte besagt hier aber gar nichts, weil es ja nur darauf ankommt, zu prüfen, ob die Rückversicherungsprämien unter den mit Hilfe der vier Rechnungsgrundlagen II. Ordnung sich ergebenden Minimalprämien liegen oder nicht.

Tafel 1.

Diskontierte Werte der Rückvergütungen (Vers. Summe Mk. 1000.)

Tarif	$\frac{1}{D_{[x]}} \sum_{3}^{n} E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$								
	Beitrittsalter								
	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Gem. Vers.									
auf 10 Jahre	34.11	27.95	23.35	20.50	19.73	19.33	18.65	17.19	15.28
„ 15 „	31.07	27.19	24.36	22.18	21.27	20.41	19.69	18.80	16.75
„ 20 „	27.11	25.40	23.71	22.04	21.19	19.88	19.20	18.75	16.39
„ 25 „	23.68	23.20	22.18	20.76	20.08	18.90	18.43	17.89	
„ 30 „	20.70	20.91	20.41	19.31	18.81	17.98	17.56		
„ 35 „	18.17	18.72	18.67						
„ 40 „	16.10	16.92							
„ 45 „	14.51								
„ Schlußalter 85 Jahre	11.93	13.91	15.38	16.15	16.86	16.80	16.92	17.02	15.41

Tarif	$\frac{1}{D_{[x]}} \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$ Beitrittsalter 20	25	30	35	40	45	50	55	60
Todesfall-Vers.									
gegen 10 Präm.	30.26	31.41	32.37	32.51	33.10	32.50	32.28	31.56	27.57
„ 15 „	25.20	26.84	28.07	28.25	28.55	27.54	26.94	25.93	21.93
„ 20 „	21.65	23.43	24.65	24.77	24.86	23.70	22.84	21.56	17.78
„ 25 „	19.02	20.78	21.92	21.99	21.95	20.79	19.87	18.59	
„ 30 „	17.01	18.69	19.76	19.83	19.77	18.73	17.75		
Fester Termin									
auf 10 Jahre	34.29	28.08	23.46	20.61	19.85	19.60	18.82	17.41	15.56
„ 15 „	31.49	27.50	24.62	22.45	21.56	20.72	20.07	19.27	17.31
„ 20 „	27.79	25.87	24.13	22.46	21.62	20.29	19.65	19.28	17.85
„ 25 „	24.53	23.80	22.70	21.22	20.48	19.17	18.60	17.85	15.14
„ 30 „	21.44	21.54	20.88	19.61	18.89	17.68			

Tafel 2.

Beitritts-alter	${}_{\overline{n}|}a_{[x]}$	${}_{\overline{n}|}A_{[x]}$	$\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$	${}_{\overline{n}|}A'_{[x]}$	$\frac{{}_{\overline{n}|}A'_{[x]}}{{}_{\overline{n}|}a_{[x]}}$
			Gemischt 10.		
20	7.467	564.29	34.11	598.40	80.14
25	7.646	587.79	27.95	615.74	80.53
30	7.781	608.19	23.35	631.54	81.16
35	7.860	624.26	20.50	644.76	82.03
40	7.856	632.85	19.73	652.58	83.07
45	7.781	636.92	19.33	656.25	84.34
50	7.648	641.55	18.65	660.20	86.32
55	7.466	648.67	17.19	665.86	89.19
60	7.247	660.84	15.28	676.12	93.30
			Gemischt 15.		
20	9.871	456.55	31.07	487.62	49.40
25	10.154	477.13	27.19	504.32	49.67
30	10.348	495.90	24.36	520.26	50.28
35	10.440	512.33	22.18	534.51	51.20
40	10.386	523.56	21.27	544.83	52.46
45	10.190	533.18	20.41	553.59	54.33
50	9.877	545.40	19.69	565.09	57.21
55	9.462	562.05	18.80	580.85	61.39
60	8.944	587.18	16.75	603.93	67.52

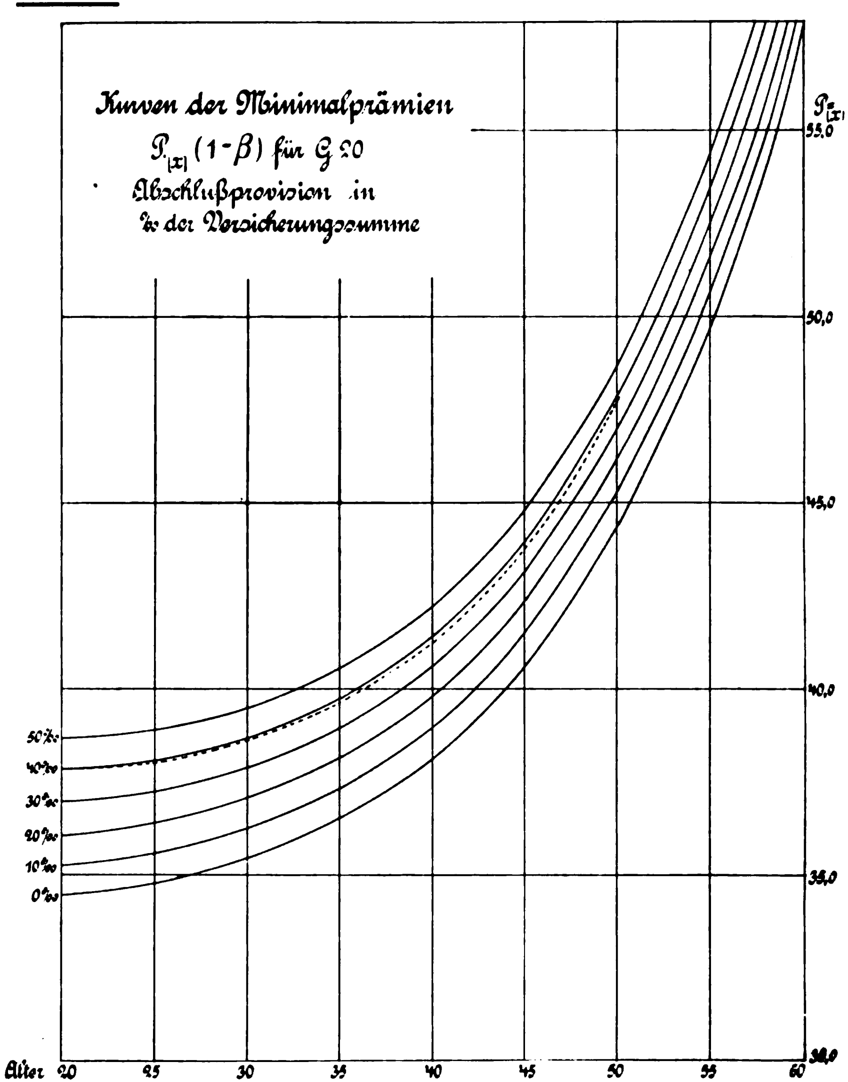


Beitrittsalter	$\overline{n}\,a_{[x]}$	$\overline{n}\,A_{[x]}$	$\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$	$\overline{n}\,A'_{[x]}$	$\frac{\overline{n}\,A'_{[x]}}{\overline{n}\,a_{[x]}}$
			Gemischt 20.		
20	11.737	376.59	27.11	403.70	34.40
25	12.087	393.96	25.40	419.36	34.70
30	12.306	411.61	23.71	435.32	35.37
35	12.378	429.22	22.04	451.26	36.46
40	12.229	444.65	21.19	465.84	38.09
45	11.866	461.96	19.88	481.84	40.61
50	11.325	483.44	19.20	502.64	44.38
55	10.622	511.18	18.75	529.93	49.89
60	9.777	550.18	16.39	566.57	57.95

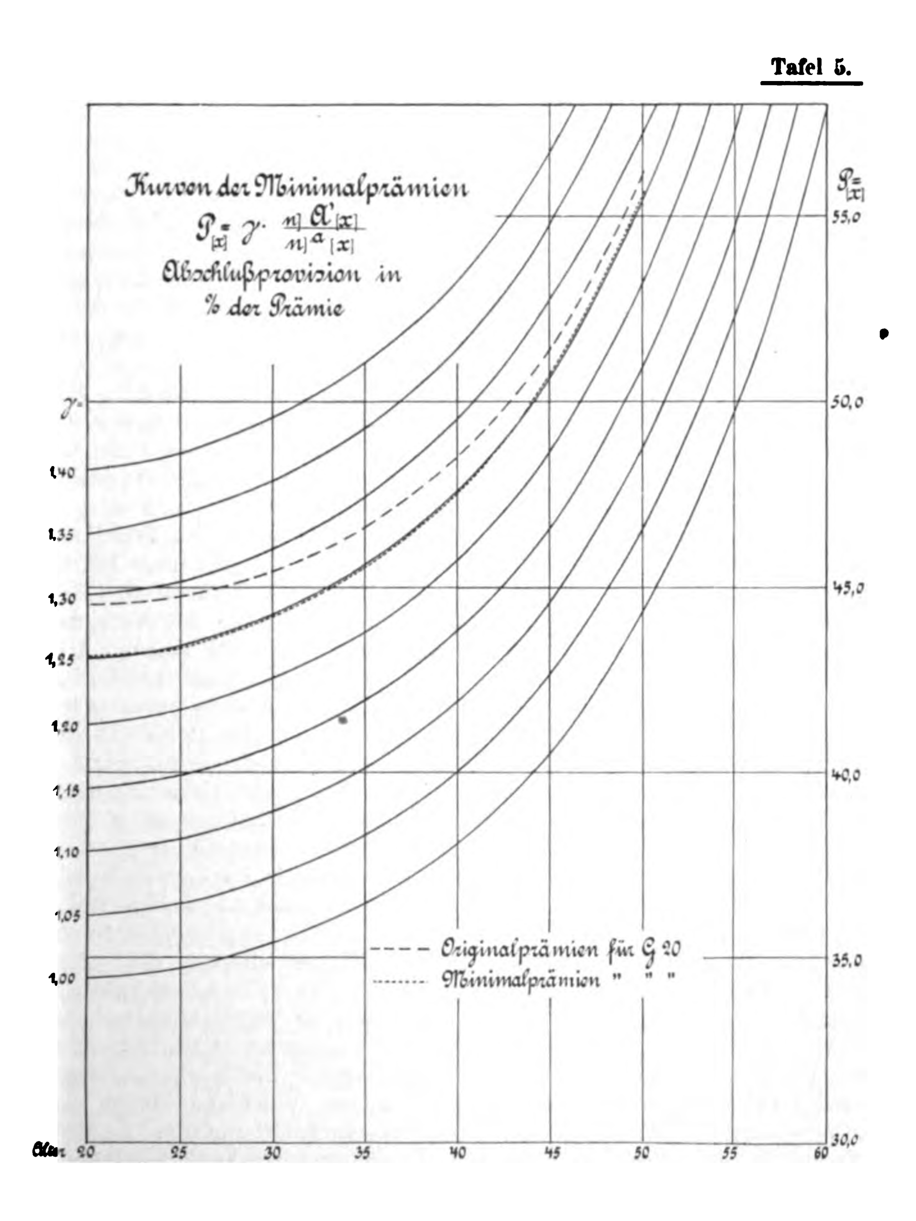
Tafel 3.

Beitrittsalter	$\overline{n}\,a_{[x]}$	$\overline{n}\,A_{[x]}$	$\frac{1}{D_{[x]}} \cdot \sum_3^n E_{[x]+m} \cdot {}_mV_{[x]+m}$	$\overline{n}\,A'_{[x]}$	$\frac{\overline{n}\,A'_{[x]}}{\overline{n}\,a_{[x]}}$
			Gemischt 25.		
20	13.183	315.69	23.68	339.37	25.74
25	13.566	331.11	23.20	354.31	26.12
30	13.779	348.68	22.18	371.16	26.94
35	13.792	369.34	20.76	390.10	28.28
40	13.513	390.23	20.08	410.31	30.36
45	12.958	415.67	18.90	434.57	33.54
50	12.171	447.03	18.43	465.46	38.24
55	11.191	485.91	17.89	503.80	45.02
			Gemischt 30.		
20	14.296	269.30	20.70	290.00	20.29
25	14.682	284.20	20.91	305.11	20.78
30	14.855	303.56	20.41	323.97	21.81
35	14.779	327.80	19.31	347.11	23.49
40	14.349	354.91	18.81	373.72	26.05
45	13.598	388.58	17.98	406.56	29.90
50	12.588	428.94	17.56	446.50	35.47
			Gemischt auf das Schlußalter 85.		
20	16.761	167.73	11.93	179.66	10.72
25	16.821	195.61	13.91	209.52	12.46
30	16.585	231.24	15.38	246.62	14.87
35	16.058	273.79	16.15	289.94	18.06
40	15.172	319.68	16 86	336.54	22.18
45	14.032	369.65	16.80	386.45	27.54
50	12.744	422.04	16.92	438.96	34.44
55	11.403	476.30	17.02	493.32	43.26
60	10.089	536.06	15.41	551.47	54.66

Tafel 4.


Kurven der Minimalprämien
$P_{[x]}(1-\beta)$ für G 20
Abschlußprovision in
‰ der Versicherungssumme
50‰
40‰
30‰
20‰
10‰
0‰
55,0
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
Alter
20
25
30
35
40
45
50
55
60

Tafel 5.


Kurven der Minimalprämien
$P_{[x]} = \gamma \cdot \frac{n] A'_{[x]}}{n] a_{[x]}}$
Abschlußprovision in % der Prämie
γ=
1,40
1,35
1,30
1,25
1,20
1,15
1,10
1,05
1,00
55,0
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
Alter 20
25
30
35
40
45
50
55
60
Originalprämien für G 20
Minimalprämien " " "

Der Übergang der Versicherung infolge Eigentums- und Besitzwechsels.

Von Rechtsanwalt Blumhardt (Stuttgart).

I.

Das deutsche Vertragsgesetz trifft in § 69 ff. und in § 151 Abs. 2 besondere Bestimmungen bezüglich des Übergangs der Versicherung nur hinsichtlich der Sachschadenversicherung und der Haftpflichtversicherung. Nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen (§ 398 BGB.) kann aber der Versicherungsnehmer seine Ansprüche aus jedem Versicherungsvertrag jederzeit auf einen Dritten übertragen.

Gemäß § 69 VVG. tritt, wenn die versicherte Sache von dem Versicherungsnehmer *veräußert* wird, an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

Aus dem Wortlaut des Gesetzes ist ersichtlich, daß die Vorschrift nur für den Fall gedacht ist, daß der Versicherungsnehmer Eigentümer ist und daß er das Eigentum an einen Dritten übertragen hat. Der bloße Wechsel im Besitz kann also den Übergang der Versicherung auf den neuen Besitzer nicht zur Folge haben. Es kann sich in solchen Fällen vielleicht um eine Gefahrerhöhung infolge des Besitzwechsels handeln, niemals aber um einen Übergang des versicherten Interesses vom Eigentümer auf den Besitzer. Verpachtet z. B. der Eigentümer mit seinem landwirtschaftlichen Gute die dazugehörigen Gebäude, so geht die bezüglich dieser von ihm abgeschlossene Feuerversicherung nicht auf den Pächter über. Dazu liegt auch kein Anlaß vor. Denn das versicherte Interesse des Eigentümers besteht nach wie vor weiter. Es besteht kein Bedürfnis, in solchem Falle den Übergang kraft Gesetzes eintreten zu lassen. Ganz abgesehen davon ist aber klar, daß immer nur dann, wenn mit der versicherten Sache das versicherte Interesse übergeht, auch die Versicherung übergehen kann, und zwar ist dieser Übergang gemäß § 69 VVG. beschränkt auf den Übergang des *Eigentums*interesses, wie er regelmäßig nur bei Veräußerung, d. h. bei Übertragung des Eigentums stattfindet. Das Interesse des Mieters oder Pächters als Besitzer der Sache ist regelmäßig ein anderes als das des Eigentümers. Wird aber durch den Miets- oder Pachtvertrag etwa die „Feuersgefahr“ auf den Besitzer übertragen, so erlischt eben das vom Versicherungsnehmer versicherte Eigentümerinteresse, und damit auch gemäß § 68 Abs. 2 VVG. die bestehende Versicherung. Selbst wenn man in der Übertragung der Feuersgefahr auf den Besitzer eine Übertragung des durch die Feuerversicherung geschützten Eigentümerinteresses sehen wollte, wäre diese doch nicht die Folge einer *Veräußerung* der versicherten Sache, sondern eines besonderen Vertrags über den Übergang dieser Gefahr. An diesen allein aber ist nach dem Gesetz der Übergang der Versiche-

rung nicht geknüpft; denn das Gesetz geht ausdrücklich davon aus, daß der Erwerber *Eigentümer* der veräußerten und versicherten Sache wird. Will bei bloßem Besitzwechsel, mit dem jedoch ein Übergang des Eigentümerinteresses vertraglich verbunden ist, der Eigentümer die Versicherung auf den Besitzer übertragen, so steht nichts im Wege, daß er dies tut, indem er seine Ansprüche gegen Bezahlung der Prämie an ihn abtritt. Alsdann aber kommt in Frage, ob in der Übertragung nicht die Vornahme eines gefahrerhöhenden Umstandes gelegen ist. Grundsatz ist und bleibt, daß bei Übergang des Eigentums an der versicherten Sache, womit derjenige des versicherten Eigentumsinteresses von selbst verbunden ist, auch der Erwerber nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen in die Versicherung eintritt.

Eine weitere Frage ist die, ob, wenn der zweite oder spätere Eigentümer die Sache weiterveräußert, die Versicherung wiederum auf den jedesmaligen Erwerber übergeht. Das Gesetz spricht nur von der Veräußerung durch den „Versicherungsnehmer". Daraus könnte man schließen, daß nur bei Veräußerung seitens desjenigen Eigentümers, der die Versicherung abgeschlossen hat, ein Übergang der Versicherung stattfindet. Zunächst springt jedoch in die Augen, daß ein praktischer Grund, diese Folge nur an *diese* Veräußerung zu knüpfen, nicht vorliegen dürfte. Es ist nicht ersichtlich, warum nicht bei jeder weiteren Veräußerung auch der Übergang der Versicherung stattfinden sollte.

Man wird aber auch ohne Zwang das Gesetz in diesem Sinn auslegen dürfen, und zwar auf Grund des im § 70 VVG. dem Versicherer und insbesondere dem Erwerber eingeräumten Kündigungsrechtes. Gemäß § 70 ist der Versicherer innerhalb eines Monats nach erlangter Kenntnis von der Veräußerung, der Erwerber innerhalb eines Monats nach dem Erwerb (bzw. wenn er von der Versicherung keine Kenntnis hatte, nach Erlangung der Kenntnis) berechtigt, die Versicherung zu kündigen. Nun tritt allerdings bei nicht erfolgter Kündigung der Erwerber in die bestehende, bisherige Versicherung des Versicherungsnehmers ein, und insofern kann vom Abschluß einer neuen Versicherung nicht die Rede sein. Wohl aber wird man sagen müssen, daß für den Erwerber die Sache nicht anders liegt, als wenn er seinerseits eine Versicherung „genommen" hätte. Für den Versicherer bleibt die Versicherung im bisherigen Umfang bestehen, für den Versicherungsnehmer dagegen bedeutet die Übernahme der Versicherung den Abschluß eines neuen Vertrags, auch wenn dieser denselben Inhalt hat wie der vom früheren Versicherungsnehmer abgeschlossene. Mit dem Eintritt in das bestehende Versicherungsverhältnis und mit der Übernahme der Versicherung *nimmt* der Erwerber eine Versicherung und wird damit selbst *Versicherungsnehmer*. Obgleich er in ein bestehendes Versicherungsverhältnis eingetreten ist, ist seine rechtliche Stellung genau dieselbe, wie wenn er als Erstversicherer eine Versicherung im Umfang der bestehenden genommen hätte, und auch nach dem Sprachgebrauch wird er dem Versicherer gegenüber als „Versicherungsnehmer" bezeichnet. Man wird daher unter Versicherungsnehmer im Sinne des § 69 VVG. unbedenklich

jeden Erwerber der versicherten Sache, auf den die Versicherung infolge Nichtausübung des Kündigungsrechts übergegangen ist, verstehen müssen.

Wie aber, wenn *vor Ablauf* der Kündigungszeit vom Erwerber die Sache weiterveräußert worden ist, ohne daß er von dem Bestehen der Versicherung Kenntnis hatte? Hier war dem Erwerber noch gar keine Möglichkeit gegeben, die Versicherung zu „nehmen", und der Veräußerer gilt formell noch als Versicherungsnehmer, obgleich das versicherte Interesse für ihn in Wegfall gekommen ist. Der *dritte* Erwerber aber hat die versicherte Sache nicht vom Versicherungsnehmer erworben. Anderseits muß der Versicherer, hat er von der Veräußerung Kenntnis, an den Erwerber leisten. Die Stellung des letzteren wird man während dieses Zeitraumes am ehesten mit derjenigen des Versicherten bei einer Versicherung zugunsten eines Dritten oder mit der des Begünstigten vergleichen können. Der Vergleich ist allerdings insofern nicht ganz zutreffend, als der Erwerber für die laufende Prämie gemäß § 69 Abs. 2 solidarisch mit dem Versicherungsnehmer haftet. Nur wenn er die Versicherung kündigt, haftet der Veräußerer allein (§ 70 Abs. 3). Daraus ergibt sich, um dies nebenbei zu erwähnen, für den Erwerber, wenn er nach der Weiterveräußerung an einen Dritten von dem Bestehen der Versicherung Kenntnis erlangt, die Notwendigkeit, die Versicherung zu kündigen. Unterläßt er die Kündigung, so haftet er trotz der Weiterveräußerung neben dem Versicherungsnehmer für die Prämie des laufenden Versicherungsjahres vom Zeitpunkt des Erwerbs ab; denn er ist alsdann in das Versicherungsverhältnis „eingetreten", auch wenn er das Eigentum an der versicherten Sache auf einen anderen übertragen hat.

Um aber auf die Stellung des zweiten (und ferneren) Erwerbers zurückzukommen, so scheint hier — wenn man den § 69 so, wie oben geschehen, auslegt, das Gesetz eine Lücke aufzuweisen. Wie gezeigt, kann der erste Erwerber, insolange er nicht durch Verstreichenlassen der Frist für die Kündigung seinem Willen, die Versicherung zu übernehmen, Ausdruck verliehen hat, schlechterdings nicht als „Versicherungsnehmer" angesehen werden. Die in diesem Stadium vorgenommene Veräußerung der versicherten Sache kann also nicht als eine solche durch den Versicherungsnehmer gelten. Es ist auch nicht etwa angängig, den § 69 dahin auszulegen, daß auch der Erwerb des zweiten Erwerbers auf die Veräußerung des Erstversicherers zurückgehe. Denn im Verhältnis zum zweiten Erwerber ist nicht dieser, sondern der erste Erwerber der „Veräußerer". Auch *die* Möglichkeit scheint mir ausgeschlossen, aus dem Zweck des Gesetzes zu folgern, daß, wenn der erste Erwerber nach erfolgter Weiterveräußerung durch Nichtausübung seines Kündigungsrechts in die Versicherung eintritt, nunmehr nachträglich die Versicherung auf den weiteren Erwerber übergehe. Denn die Weiterveräußerung seitens des vorhergehenden Erwerbers ist eben erfolgt, ehe dieser „Versicherungsnehmer" war. So bleibt m. E. nichts anderes übrig als die Folgerung, daß bei einer solchen Veräußerung die Versicherung erlischt, weil das *versicherte*

Interesse für den Eigentümer und für dessen Rechtsnachfolger weggefallen ist. Hat der letztere die Versicherung gemäß § 70 gekündigt, so hat der Veräußerer gemäß § 70 Abs. 3 VVG. die Prämie für die laufende Versicherungsperiode zu zahlen; hat der Erwerber nicht gekündigt, so haftet er für diese Prämie solidarisch neben dem Versicherungsnehmer. Der Zeitpunkt des Erlöschens der Versicherung tritt im ersteren Fall mit dem Übergang des Eigentums an der versicherten Sache infolge der Weiterveräußerung an den Dritten ein. Würde also die Weiterveräußerung nach Ablauf der zur Zeit der ersten Veräußerung laufenden Versicherungsperiode erfolgen, so haftet von diesem Zeitpunkt ab der Veräußerer nicht mehr neben dem Erst-Erwerber für die Prämie; vielmehr ist letzterer nunmehr allein der Versicherungsnehmer und haftet als solcher allein für die Prämie.

II.

Für die Haftpflichtversicherung ist durch § 151 VVG. bestimmt, daß nicht nur bei Veräußerung des Unternehmens, für das die Versicherung genommen ist, sondern auch bei Übernahme desselben auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses durch einen Dritten, dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten eintritt. Die Vorschriften des § 69 Abs. 2 und 3, sowie der §§ 70 und 71 finden hierbei entsprechende Anwendung.

Hiernach wird man auf Grund des oben Ausgeführten zunächst auch für die Haftpflichtversicherung zu dem Ergebnis kommen, daß nicht nur die erste, sondern auch jede weitere „Übertragung“ des Unternehmens den Übergang der Versicherung nach sich zieht. Veräußert also der versicherte Eigentümer das Unternehmen und verpachtet der Erwerber dieses an einen Dritten, so tritt auch der letztere und jeder weitere „Übernehmer“ im Sinne des § 151 Abs. 2 in die Versicherung ein. Einer solchen Auslegung des Gesetzes kann — im Gegensatz zu § 69 — das Bedenken nicht entgegenstehen, daß bei einem Übergang des Eigentümers auf den Pächter die Identität des versicherten Interesses, welches die Voraussetzung für die Möglichkeit des Übergangs der Versicherung bildet, nicht gegeben ist. Denn bei der Haftpflichtversicherung ist ja, im Gegensatz zur Sachschadenversicherung, das versicherte Interesse nicht in der versicherten Sache verkörpert und fällt nicht zusammen mit dem Eigentümerinteresse. Bei dem Betrieb eines Unternehmens insbesondere ist das durch die Haftpflichtversicherung geschützte Interesse dasselbe, mag derjenige, der das Unternehmen betreibt, Eigentümer desselben oder nur Pächter oder Nutznießer sein. Maßgebend kann also hier nur sein, ob mit der Übernahme des Unternehmens auch das versicherte Interesse auf den Dritten übergeht, sei es, daß dies durch Übertragung des Eigentums oder der Nutznießung oder durch Verpachtung oder sonst einen Vertrag geschieht. Jeder, der infolge eines solchen Rechtsverhältnisses die Haftpflichtgefahr übernimmt, tritt nach dem zu § 69 Ausgeführten ebenso wie jeder Erwerber der versicherten Sache in den vom ersten



Versicherungsnehmer geschlossenen Haftpflichtversicherungsvertrag als selbständiger Versicherungsnehmer ein.

Analog der Veräußerung der versicherten Sache durch den Erwerber vor erfolgtem Eintritt in die Versicherung wird man aber auch für die Haftpflichtversicherung zu dem Ergebnis kommen müssen, daß eine in diesem Zeitpunkt vorgenommene Übertragung des Unternehmens (im Sinne des § 151) zum Erlöschen der Versicherung führen muß. Auch § 151 besagt, daß der Dritte an Stelle des „Versicherungsnehmers" in den Versicherungsvertrag eintritt. Hier wie dort kann also der Dritte „Versicherungsnehmer" nur werden und als solcher die Versicherung durch Übertragung des Unternehmens auf einen Dritten übertragen, wenn er vor der weiteren Übertragung des Unternehmens in die Versicherung eingetreten ist. Dies ist auch hier erst dann der Fall, wenn der Übergang der Versicherung ein definitiver geworden ist.

Zu Zweifeln Anlaß geboten hat in der Haftpflichtversicherung außerdem der Fall, daß das Unternehmen vom nichtversicherten Unternehmer verpachtet und vom Pächter gegen Haftpflicht versichert wird; nach Aufhebung des Pachtvertrags verpachtet der Unternehmer seinerseits das Unternehmen wiederum. Geht in diesem Fall die vom vorigen Pächter getätigte Versicherung auf den neuen Pächter über oder erlischt sie? Die Frage wird von *Villa* in Nr. 2 der Leipziger Zeitschrift, Jahrg. 1913, („Tritt der Pächter eines geschäftlichen Unternehmens gemäß § 151 VVG. in den von seinem Vorgänger geschlossenen Haftpflichtversicherungsvertrag ein?") unter Bekämpfung eines den entgegengesetzten Standpunkt einnehmenden Urteils dahin beantwortet, daß die Versicherung auf den zweiten Pächter übergeht. Diese Ansicht ist m. E. irrig. Das Unternehmen ist nicht vom Versicherungsnehmer — dieser ist der erste Pächter —, sondern von dem nichtversicherten Eigentümer auf den zweiten Pächter übergegangen. Auch ist es nicht angängig zu sagen (wie *Villa* dies will), der Eigentümer habe nach Erlöschen des Pachtvertrags das Unternehmen „auf Grund eines ähnlichen Verhältnisses wie Pacht oder Nießbrauch übernommen", und er sei deshalb gemäß § 151 in die Versicherung eingetreten. Hiernach wäre der Eigentümer selbst als der „Dritte" (im Sinne des § 151) anzusehen, der das Unternehmen übernimmt, während der Pächter auf Grund eines dem Pachtvertrag oder dem Nießbrauch ähnlichen Verhältnisses das Unternehmen an den Eigentümer überträgt; tatsächlich ist ja aber der Pächter der „Dritte", von dem das Unternehmen übernommen war und von dem es nach Beendigung des Pachtvertrags an den Eigentümer zurückfällt, und es ist unmöglich, auf diese Weise den Übergang der Versicherung auf den Eigentümer und von diesem auf den weiteren Verpächter konstruieren zu wollen. Vielmehr hat das von *Villa* bekämpfte Urteil m. E. durchaus recht, wenn es auf einen solchen Fall den § 151 VVG. nicht für anwendbar erachtet. Denn der zweite Pächter übernimmt das Unternehmen nicht vom Versicherungsnehmer (dem ersten Pächter), sondern vom Eigentümer, der nicht Versicherungsnehmer ist. Die vom Pächter genommene Versicherung erlischt also mit Beendigung der Pacht wegen Wegfalls des Interesses des Versicherungsnehmers.

III.

Der hier vertretene Standpunkt, wonach der Erwerber erst nach Ablauf der Kündigungszeit „Versicherungsnehmer“ wird, ist selbstverständlich nur ein Notbehelf, gegen den manche Bedenken sprechen mögen. Wohin es jedoch führen würde, wenn schon mit dem durch §§ 69 und 151 VVG. statuierten „Eintritt des Erwerbers in die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers“ der Erwerber als der Versicherungsnehmer im Sinne des § 151 gelten würde, möge noch kurz an einem Beispiel gezeigt werden.

Der Eigentümer A veräußert die versicherte Sache (oder das Unternehmen) an B, dieser an C, der an D veräußert. B weiß vom Bestehen der Versicherung nichts. Er erfährt davon erst nach der Weiterveräußerung an C und nach derjenigen an D; auch C erfährt erst nach dem Verkauf an seinen Nachfolger von der Versicherung. Wird der Erwerber mit dem Eintritt in die Rechte des Versicherungsnehmers selbst Versicherungsnehmer, so sind in diesem Fall sowohl B als C und D Versicherungsnehmer. Jedem steht das Kündigungsrecht zu. Angenommen, B. macht von dem Kündigungsrecht Gebrauch. Alsdann ist die von A abgeschlossene Versicherung doch offenbar erloschen. Was wird aber dann aus C und D, die doch auch Versicherungsnehmer geworden sind? Oder aber: B unterläßt die Kündigung, weil er von dem Bestehen der Versicherung erst nach der Weiterveräußerung an C erfahren hat. C und auch D kündigen. Haftet nun B gemäß § 69 Abs. 2 VVG. solidarisch mit A für die Prämie des laufenden Versicherungsjahres oder entfällt mit dieser Kündigung auch seine Haftung?

Auch bezüglich der Folgen der Unterlassung der Anzeigepflicht (§ 71 VVG.) ergibt sich die Frage, welches der Zeitpunkt ist, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Geht man davon aus, daß schon die Unterlassung der Anzeige der ersten Veräußerung den Versicherer von der Leistungspflicht befreit, daß also bei einer weiteren Veräußerung keine besondere Frist zugunsten des Veräußerers und Erwerbers läuft, so erscheint der Erwerber benachteiligt; wendet man dagegen den § 71 auf jede weitere Veräußerung an, so wird dadurch der Versicherer belastet.

Kurzum: Man gerät in ein Labyrinth von theoretischen und praktischen Zweifelsfragen, wenn man den Erwerber schon mit dem Zeitpunkt der Veräußerung als Versicherungsnehmer ansieht. Tut man dies erst dann, wenn er die Kündigungsfrist unbenutzt hat verstreichen lassen oder wenn er durch ausdrückliche Erklärung, daß er auf Kündigung verzichte, seinen Willen, in das Versicherungsverhältnis einzutreten, kundgegeben hat, so ergibt sich eine wenigstens etwas weniger komplizierte Situation. Um bei dem gewählten Beispiel zu bleiben, so würde, wenn B erst nach der Weiterveräußerung Kenntnis erhält, zunächst ein Eintritt weder des C noch des D in die Versicherung des A stattfinden, sondern es wäre nur B gemäß § 69 in die Rechte und Pflichten des A eingetreten. Unterläßt er seinerseits die Kündigung, so tritt mit dem Ablauf der Kündigungsfrist C in die Versicherung ein und späterhin eventuell D. Es ist dann also wenigstens das vermieden, daß nebeneinander eine Reihe von Versicherungsnehmern

vorhanden sind, von denen jeder die gleichen Rechte hinsichtlich der Kündigung des Versicherungsverhältnisses besitzt. Kündigt B, so kann allerdings ein Übergang der Versicherung auf C und D nicht stattfinden. Dies dürfte aber, da dann doch wenigstens eine klare Situation gegeben ist, immer noch das kleinste Übel sein. Freilich, Schwierigkeiten und Bedenken ergeben sich auch hier. Der vorgeschlagene Ausweg ist eben ein „Notweg“; er ist aber — so will es mir scheinen — immerhin geeignet, wenigstens die *schlimmsten* Klippen zu vermeiden.

Versicherungstechnische Berechnung von Pensionskassen, deren Pensionen nach dem Durchschnittsgehalt der ganzen zurückgelegten Mitgliedsdauer berechnet werden.

Von Direktor Rudolf Neumann (Charlottenburg).

Die Veranlassung zu nachstehenden Untersuchungen war der Auftrag, die Prämienreserve der „Beamten-Pensionskasse des Vereins Deutscher Handelsmüller“ für den 31. Dezember 1913 zu berechnen. Die Kasse gewährt Invalidenpensionen, Alterspensionen, Witwenpensionen und Waisenpensionen in verschiedenen Prozentsätzen des beitragspflichtigen Diensteinkommens.

Der Gang der Untersuchung war folgender:

I. Gehaltssteigerung.

Um festzustellen, wie die Gehälter mit fortschreitendem Lebensalter sich gestalten, wurden Vergleiche angestellt zwischen dem versicherungspflichtigen Diensteinkommen eines jeden Alters x und dem des darauffolgenden Alters $x + 1$ für denselben Mitgliederkreis. War G_x das Durchschnittsgehalt der x-jährigen, G_{x+1} das Durchschnittsgehalt derselben Personen für das Alter $x + 1$, so wurde

$$\frac{G_{x+1}}{G_x} = g_{x+1}$$

der (vorläufig unausgeglichene) „Gehaltsfaktor“ des x-jährigen in bezug auf sein $x + 1$. Lebensjahr genannt. Die Ausgleichung erfolgte in doppelter Weise. Zuerst wurde gesetzt:

$$g'_x = \sqrt[5]{g_{x-2} \cdot g_{x-1} \cdot g_x \cdot g_{x+1} \cdot g_{x+2}}$$

Die so gefundenen Werte wurden einer zweiten graphischen Ausgleichung unterzogen. Der ausgeglichene Gehaltsfaktor des x-jährigen soll mit f_{x+1} bezeichnet werden.

Das niedrigste Alter, das in der Aktiven-Tafel vorkommt, sei a, das Gehalt des a-jährigen G_a. Dann ist

$$\frac{G_{a+1}}{G_a} = f_{a+1}$$

$$\frac{G_{a+2}}{G_{a+1}} = f_{a+2}$$

$$\frac{G_{a+3}}{G_{a+2}} = f_{a+3}$$

. . . .

oder

$$G_{a+1} = G_a \cdot f_{a+1}$$

$$G_{a+2} = G_{a+1} \cdot f_{a+2} = G_a \cdot f_{a+1} \cdot f_{a+2}$$

$$G_{a+3} = G_{a+2} \cdot f_{a+3} = G_a \cdot f_{a+1} \cdot f_{a+2} \cdot f_{a+3}$$

. . . .

oder wenn ich

$$f_{a+1} = F_{a+1}$$

$$f_{a+1} \cdot f_{a+2} = F_{a+2}$$

$$f_{a+1} \cdot f_{a+2} \cdot f_{a+3} = F_{a+3}$$

. . . .

setze

$$G_{a+1} = G_a \cdot F_{a+1}$$

$$G_{a+2} = G_a \cdot F_{a+2}$$

$$G_{a+3} = G_a \cdot F_{a+3}$$

. . . .

$$G_x = G_a \cdot F_x$$

. . . .

$$G_{x+n} = G_a \cdot F_{x+n}$$

. . . .

Auf diese Weise kann das Gehalt eines Alters x mit dem Gehalt eines beliebigen Alters $x + n$ verglichen werden, ohne auf ein Anfangsgehalt zurückzugehen; denn es ist:

$$\frac{G_{x+n}}{G_x} = \frac{F_{x+n}}{F_x}$$

oder

(1) $$G_{x+n} = G_x \cdot \frac{F_{x+n}}{F_x}$$

II. Barwert der künftigen Beiträge.

Der Beitrag wird ohne Rücksicht auf das Eintrittsalter in gleichem Prozentsatz des pensionsberechtigten Jahresverdienstes erhoben.

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres werden Beiträge nicht mehr bezahlt und Steigerungssätze der Pensionen nicht mehr erworben. Es kann deshalb

$$f_{65} = F_{65} = 0$$

gesetzt werden.

Der Wert eines Beitrags von 1 % des Jahresverdienstes ist also in den einzelnen Versicherungsjahren

$$0{,}01 \cdot G_x = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_x$$

$$0{,}01 \cdot G_{x+1} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+1}$$

$$\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots$$

$$0{,}01 \cdot G_{64} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{64}$$

Von ${}^a l_x$ Aktiven wird unter Voraussetzung ganzjährlicher Pränumerando-Entrichtung der Beiträge bezahlt:

$$0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_x \cdot {}^a l_x$$

$$0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+1} \cdot {}^a l_{x+1}$$

$$0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+2} \cdot {}^a l_{x+2}$$

$$\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots$$

Der Barwert des Beitrags *eines* Mitgliedes der Altersgruppe x ist somit

$$\frac{1}{{}^a D_x} \cdot 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot \left(F_x \cdot {}^a D_x + F_{x+1} \cdot {}^a D_{x+1} + F_{x+2} \cdot {}^a D_{x+2} + \cdots\right)$$

setze ich die Größen

$$F_x \cdot {}^a D_x = {}^A D_x$$

$$F_{x+1} \cdot {}^a D_{x+1} = {}^A D_{x+1}$$

$$\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots$$

so erhalte ich

$$(2) \qquad {}_{|65-x}^{A}\mathrm{a}_x = \frac{\Sigma\, {}^{A}D_x}{{}^{A}D_x}$$

In dem vorliegenden Falle sind die Beiträge monatlich pränumerando zu bezahlen. Hierbei muß berücksichtigt werden, daß nicht alle Aktiven im 65. Lebensjahre aus der Aktivität wirklich ausscheiden; bei Berechnung des Barwertes der ratierlichen Zahlung darf also F_{65} nicht gleich 0 gesetzt werden. Es sind mit Vollendung des 65. Lebensjahres vielmehr vorhanden ${}^{a}l_{65}$ Aktive mit demselben Gehalt wie bei Beginn des Altersjahres. Es ist deshalb $f_{65} = 1$ und $F_{65} = F_{64}$ zu setzen. Um anzudeuten, daß Beitragszahlungen nicht mehr geleistet werden, der unter obigen Voraussetzungen gefundene Wert ${}^{A}D_{65}$ also für die Summierung nicht in Frage kommt, soll derselbe mit einer Klammer versehen werden. Alsdann erhalte ich

$$(3) \qquad {}_{|65-x}^{A}\mathrm{a}_x^{12} = {}_{|65-x}^{A}\mathrm{a}_x - 0{,}4640\left(1 - \frac{({}^{A}D_{65})}{{}^{A}D_x}\right)$$

III. Barwert der Pensionen für Neueintretende.

A. *Invalidenpensionen.*

a. Barwert der Steigerungen, die in der 10-jährigen Wartezeit erdient werden.

Die Steigerungssätze der Wartezeit erhalten alle Invaliden voll, die nach Ablauf der Wartezeit invalidisiert werden. Der Wert des Steigerungssatzes von 1 % des beitragspflichtigen Einkommens ist für das

$$1.\ \text{Jahr}\quad 0{,}01 \cdot G_x = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_x$$

$$2.\ \text{Jahr}\quad 0{,}01 \cdot G_{x+1} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+1}$$

. . . .

$$10.\ \text{Jahr}\quad 0{,}01 \cdot G_{x+9} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+9}$$

im ganzen somit

$$0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot \left(\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}\right)$$

Es wird vorausgesetzt, daß die Invalidisierungen immer in der Mitte des Jahres erfolgen. Setzen wir

$${}^{ai}J_x = {}^{a}l_x \cdot i_x \cdot v^{x+1/2} \cdot {}^{i}\mathrm{a}_{x+1/2}^{12}$$

und

$$\Sigma\, {}^{ai}J_x = {}^{ai}Z_x$$

so ist der Barwert der Pension in Höhe der in der Wartezeit erworbenen Steigerungssätze

$$(4) \qquad {}_{10|}^{Ai}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}}{F_x} \cdot \frac{{}^{ai}Z_{x+10}}{{}^{a}D_x}$$

oder

$$(5) \qquad {}_{10|}^{Ai}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \left(\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}\right) \cdot \frac{{}^{ai}Z_{x+10}}{{}^{A}D_x}$$

In der Praxis wird der ersteren Formel der Vorzug zu geben sein, da der eine Faktor, nämlich $\frac{\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}}{F_x}$ nur von den Gehaltssteigerungen, der zweite Faktor $\frac{{}^{ai}Z_{x+10}}{{}^{a}D_x}$ nur von den gewählten Ausscheideordnungen aus der Aktivität bzw. dem Invaliden-Pensionsgenuß abhängt. Es können somit, wenn nur die Gehaltssteigerungen bzw. nur die Ausscheideordnungen geändert werden, die vorhandenen Hilfszahlen zum Teil weiterbenutzt werden.

b. Barwert der Steigerungen, die nach Zurücklegung der 10-jährigen Wartezeit erdient werden.

Es ist zu berücksichtigen, daß die Steigerungssätze nur dann voll erdient sind, wenn das neue Mitgliedsjahr vollendet ist. Da die Invalidisierungen immer in der Mitte des Jahres erfolgend angenommen werden, so erhalten die neuen Invaliden im ersten Bezugsjahr immer nur die Hälfte des betreffenden Steigerungssatzes. Unter Voraussetzung eines Steigerungssatzes von 1 % beträgt der volle Steigerungssatz des

$$11.\ \text{Mitgliedsjahres}\ 0{,}01 \cdot G_{x+10} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+10}$$

$$12.\ \text{Mitgliedsjahres}\ 0{,}01 \cdot G_{x+11} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+11}$$

. . . .

Den Steigerungssatz des 11. Mitgliedsjahres erhalten die im 11. Mitgliedsjahr invalide Werdenden zur Hälfte, die übrigen voll usw. Es betragen also die Barwerte der in den einzelnen Mitgliedsjahren erdienten Steigerungssätze für sich allein betrachtet für das

$$11.\ \text{Mitgliedsjahr}\ \frac{1}{{}^{a}D_x} \cdot 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot \left(F_{x+10} \cdot {}^{ai}Z_{x+10} - \frac{F_{x+10} \cdot {}^{ai}J_{x+10}}{2}\right)$$

$$12.\ \text{Mitgliedsjahr}\ \frac{1}{{}^{a}D_x} \cdot 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot \left(F_{x+11} \cdot {}^{ai}Z_{x+11} - \frac{F_{x+11} \cdot {}^{ai}J_{x+11}}{2}\right)$$

Setze ich

$$F_x \cdot {}^{ai}J_x = {}^{Ai}J_x$$

und

$$F_x \cdot {}^{ai}Z_x = {}^{Ai}Z_x$$

so erhalte ich für den Gesamtbarwert

(6)
$$ {}_{10|}^{Ai}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma\, {}^{Ai}Z_{x+10} - \frac{1}{2} \cdot \Sigma\, {}^{Ai}J_{x+10}}{{}^{A}D_x}$$

$$= 0{,}005 \cdot G_x \cdot \frac{2\,\Sigma\, {}^{Ai}Z_{x+10} - \Sigma'\, {}^{Ai}J_{x+10}}{{}^{A}D_x}$$

B. Alterspensionen.

Der Anspruch auf Alterspensionen ist nur von Vollendung des 65. Lebensjahres abhängig ohne Rücksicht auf etwaige Dienstfähigkeit. Die Altersrente setzt sich zusammen aus Steigerungssätzen, die während der Wartezeit und nach derselben erdient werden.

a. Barwert der Altersrenten, die während der 10-jährigen Wartezeit erdient werden.

Der Wert des Steigerungssatzes in Höhe von 1 % des Jahresverdienstes beträgt für das

$$1.\ \text{Mitgliedsjahr}\ 0{,}01 \cdot G_x = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_x$$

. . . .

$$10.\ \text{Mitgliedsjahr}\ 0{,}01 \cdot G_{x+9} = 0{,}01 \cdot \frac{G_x}{F_x} \cdot F_{x+9}$$

der Gesamtbarwert somit

(7)
$$ {}_{65-x|}^{Aa}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}}{F_x} \cdot \frac{{}^{a}D_{65}}{{}^{a}D_x} \cdot {}^{aa}\mathrm{a}_{65}^{12}$$

oder

(8)
$$ {}_{65-x|}^{Aa}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma F_x - \Sigma F_{x+10}}{{}^{A}D_x} \cdot {}^{a}D_{65} \cdot {}^{aa}\mathrm{a}_{65}^{12}$$

b. Barwert der Altersrenten, die nach Zurücklegung der 10-jährigen Wartezeit erdient werden.

Der Barwert berechnet sich nach denselben Grundsätzen wie der Barwert der Steigerungssätze, welche während der Wartezeit erdient werden, und wir erhalten:

(9)
$$ {}_{65-x|}^{Aa}\mathrm{a}_x^{12} = 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma' F_{x+10}}{F_x} \cdot \frac{{}^{a}D_{65}}{{}^{a}D_x} \cdot {}^{aa}\mathrm{a}_{65}^{12}$$

$$= 0{,}01 \cdot G_x \cdot \frac{\Sigma' F_{x+10}}{{}^{A}D_x} \cdot {}^{a}D_{65} \cdot {}^{aa}\mathrm{a}_{65}^{12}$$

C. *Witwenrenten.*

Die Formeln für die Berechnung der Witwenrenten erhalte ich, wenn ich in den Formeln für die Berechnung der Invalidenrenten ersetze

$$^{ai}J_x = {}^a l_x \cdot i_x \cdot v^{x+\frac{1}{2}} \cdot {}^i\mathrm{a}^{12}_{x+\frac{1}{2}}$$

durch

$$^{af}J_x = \left({}^a t_x \cdot {}^w\mathrm{a}^{12}_{y+\frac{1}{2}} + {}^a l_x \cdot i_x \cdot \ddot{U}_{x+\frac{1}{2},\, y}\right) \cdot \vartheta_{x+\frac{1}{2}} \cdot v^{x+\frac{1}{2}}$$

und

$$^{ai}Z_x = \Sigma\, {}^{ai}J_x$$

durch

$$^{af}Z_x = \Sigma\, {}^{af}J_x$$

worin bedeuten

$$\ddot{U}_{x+\frac{1}{2},y} = \frac{\ddot{U}_{x,y} + \ddot{U}_{x+1,y}}{2}$$

$$\ddot{U}_{x,y} = \frac{\left({}^i t_x \cdot D_{y+\frac{1}{2}} \cdot {}^w\mathrm{a}^{12}_{y+\frac{1}{2}}\right)}{{}^i l_x \cdot D_y}$$

Die Ableitung des Barwertes der Waisenrenten ergibt sich ebenso einfach.

IV. Berechnung der Prämienreserve.

Die Berechnung der Prämienreserve wurde in folgender Weise vorgenommen: An Hand der statistischen Karten wurde zuerst genau ermittelt, welche Pensionsansprüche das Mitglied in seiner bis zum Bilanztage zurückgelegten Mitgliedszeit erworben hatte. Der Barwert dieser gleichbleibenden Anwartschaften wurde nach den Formeln berechnet, die ich wohl als bekannt voraussetzen kann. Für den Barwert der noch zu erdienenden Steigerungssätze wurde unterschieden in Steigerungssätze, die während der 10 jährigen Wartezeit noch erdient werden konnten, und in solche nach Zurücklegung derselben. Die Formeln für die Mitglieder, die die Wartezeit noch nicht zurückgelegt haben, ergeben sich aus den früher abgeleiteten einfach dadurch, daß für ein Mitglied vom Eintrittsalter x und der Mitgliedsdauer $n < 10$ eine Wartezeit von $10 - n$ Jahren in Anrechnung gebracht wurde, und für die Mitglieder, welche die Wartezeit bereits zurückgelegt haben, sind die Formeln für die Anwartschaften auf eine sofort beginnende Rente ebenfalls leicht abzuleiten.

V. Schlußbemerkung.

Die abgeleiteten Formeln vereinfachen sich wesentlich, wenn die Gehaltsfaktoren einander gleichgesetzt werden können, und es wird dies für viele Kassen möglich sein, vielleicht mit Ausnahme der jüng-

sten Eintrittsalter, bei denen die Gehaltssteigerungen meist beträchtliche sind. Da diese Gruppen jedoch sowohl der Personenzahl als besonders auch der Gehaltssumme nach nur wenig ins Gewicht fallen, wird das Resultat der Untersuchung sehr oft kaum merklich geändert werden, wenn sämtliche f_x einander gleichgesetzt werden. Es werden dadurch die negativen Reserven der jüngeren Alter, die bei einem Durchschnittsbeitrag einmal nicht zu vermeiden sind, herabgedrückt.

Werden Pensionen nach dem Endgehalt bezahlt, so gehen die Formeln mit Berücksichtigung der Gehaltssteigerungen in die Formeln ohne Berücksichtigung der Gehaltssteigerungen über. Man braucht nur die ${}^{a}l_x$ mit den entsprechenden F_x zu multiplizieren, und aus der so erhaltenen Ordnung ${}^{A}l_x$ — ich habe den Namen „Gehalts-Aktive" dafür gewählt — durch Multiplikationen mit den Wahrscheinlichkeiten, als Aktiver zu sterben oder Invalide zu werden, die entsprechenden Werte abzuleiten.

Sprechsaal.

Vermißte Folgen der deutschen Sozialversicherung.

Von Geheimem Regierungsrat Dr. phil. Georg Pietsch (Berlin-Lichterfelde).

In einer Abhandlung unter obiger Überschrift hat Dr. med. *Alfons Fischer* (Karlsruhe) in den *Conradschen Jahrbüchern für Nationalökonomie und Statistik* (III. Folge, 46. Band, 5. Heft, Seite 577) die Frage behandelt, ob die Gesundheitsverhältnisse der deutschen Arbeiterbevölkerung in den letzten Jahrzehnten besser oder schlechter geworden sind. Bei aller Anerkennung der großen Leistungen der Sozialversicherung schließt er aus dem bisherigen amtlichen Material auf eine Verschlechterung der physischen Beschaffenheit der Arbeiter. Seiner Beweisführung muß mit Entschiedenheit entgegengetreten werden. Dr. *Fischer* ist zu seinen Folgerungen vielfach durch Verkennung der Bedeutung der amtlichen Zahlen und durch Vergleichung unvergleichbarer Zahlen gelangt. Bei dem mir zur Verfügung gestellten Raum kann ich nicht auf alle anfechtbaren Schlüsse eingehen. Ich werde mich deshalb auf eine Kritik der Verwertung der Zahlen der Invalidenversicherung und der Berufsstatistik beschränken.

Daraus, daß 1907 doppelt soviel Invaliden*renten* als im Jahre 1895 festgesetzt worden sind, während sich die Zahl der Versicherten in diesen 12 Jahren scheinbar nur um 26 % erhöht hat, schließt Dr. *Fischer,* daß die deutsche Arbeiterschaft jetzt mehr als früher der vorzeitigen Invalidität anheimfalle. Ist dieser Schluß berechtigt? Zunächst deckt sich die Zahl der festgesetzten Invaliden*renten* nicht mit der Zahl der eingetretenen Invaliditäts*fälle.* — Eine Invalidenrente wird nur festgesetzt, wenn sie bei Lebzeiten des Invaliden beantragt worden ist. Bei der früher sehr verbreiteten Ansicht, daß man erst mit 70 Jahren eine Rente beanspruchen könne, sind invalide Arbeiter im Jahre 1895 viel häufiger als im Jahre 1907 gestorben, ohne vorher die Rente beantragt zu haben. — Invalidenrente wird nur gewährt, wenn beim Eintritt der Invalidität die Wartezeit erfüllt ist. Deshalb mußten bei den Invaliditätsfällen des Jahres 1895 für die Zeit seit 1. Januar 1891 durchschnittlich jährlich 47 Beitragswochen nachgewiesen werden. Soviel Beitragswochen hatten die im vorgerückten Alter stehenden Personen häufig nicht aufzuweisen. Im Jahre 1907 genügte es, wenn aus der ganzen Versicherungsdauer 200 Beitragswochen nachgewiesen wurden. — Die Erlangung einer Invalidenrente war für die besser gelohnten Arbeiter im Jahre 1907 leichter als 1895, weil seit 1900 die zulässige Mindestverdienstgrenze für sie erhöht ist. — Die Altersrente war 1895 meist höher, 1907 dagegen in der Regel niedriger als die Invalidenrente; infolgedessen haben die invalide gewordenen Altersrentenempfänger, sofern sie überhaupt die Wartezeit für Invalidenrente nachweisen konnten, im Jahre 1895 nur ausnahmsweise, 1907 jedoch in den meisten Fällen die Invalidenrente beansprucht (nach Dr. *Fischer* entfallen auf 1000 über 70 Jahre alte Versicherte im Jahre 1895 14,63 und im Jahre 1907 193,84 (!) Invaliditätsfälle). — Aus all diesen Gründen war die Zahl der Invaliditäts*fälle* im Jahre 1895 *bedeutend,* im Jahre 1907 dagegen nur *wenig* größer als die Zahl der festgesetzten Invaliden*renten.* Jedenfalls hat danach in der Zwischen-

zeit die Zahl der Invaliditäts*fälle* bei weitem weniger zugenommen als die Zahl der festgesetzten Invaliden*renten*.

Noch aus einem anderen Grunde ist der obenerwähnte Schluß unberechtigt. Die Versichertenzahlen sind für 1895 durch *Schätzung* und für 1907 durch *Zählung* festgestellt worden. Dr. *Fischer* sagt zwar zutreffend: „Ein Vergleich der Ergebnisse der beiden Jahre ist mithin nicht ganz unbedenklich", schließt dem aber die weitere Bemerkung an: „Er wurde jedoch auch von der Reichsregierung bei den Beratungen über die Reichsversicherungsordnung angewandt. Schon hieraus ersieht man, daß die Schätzungsresultate vom Jahre 1895 sich von der Wirklichkeit nicht weit entfernen dürften." Dr. *Fischer* setzt sich mit dieser Begründung über alle Bedenken hinweg und verwertet die Zahlen dann so, als ob sie völlig vergleichbar wären. Wenn Dr. *Fischer* so schwerwiegende Folgerungen, wie die Verschlechterung der physischen Beschaffenheit bei der Arbeiterbevölkerung aus ihnen ableiten wollte, so wäre er verpflichtet gewesen, selbständig die Vergleichbarkeit der Versichertenzahlen für 1895 und 1907 zu prüfen. Hätte er nach genau denselben Grundsätzen, nach denen 1895 geschätzt worden ist, unter Benutzung der Angaben der Berufszählung vom Jahre 1907 über die erwerbstätigen Personen die Versichertenzahl für 1907 *geschätzt*, so hätte er sowohl in der Gesamtzahl als auch insbesondere bei den Altern von über 50 Jahren erheblich höhere Zahlen gefunden, als die *Zählung* der Versicherten im Jahre 1907 ergeben hat, und er hätte daraus schließen müssen, daß die Versichertenzahlen für 1895 im ganzen sowie auch in den höheren Altern als zu hoch anzusehen sind.

Dr. *Fischer* ist sonach bei dem Vergleich zwischen der Zunahme der Invaliditätsfälle und der Zunahme der Zahl der Versicherten in doppelter Beziehung von falschen Voraussetzungen ausgegangen. Im übrigen muß es als unzulässig bezeichnet werden, aus dem Vergleich *zweier einzelnen* Jahre allgemeine Schlüsse zu ziehen. Sonst könnte man bei der Art der Beweisführung des Dr. *Fischer* sehr leicht den von ihm vermißten ziffermäßigen Beweis für die Hebung der Volksgesundheit durch die Sozialversicherung führen. Man brauchte dazu noch gar nicht die außergewöhnlich hohen Rentenzahlen der Jahre 1900 bis 1905 heranzuziehen, sondern nur etwa wie folgt zu schließen: In den 4 Jahren von 1895 bis 1899 sei die Zahl der jährlichen Rentenfestsetzungen von 55 983 bis auf 96 665, also im ganzen um 40 682 oder jährlich durchschnittlich um *10 170*, in den folgenden 8 Jahren von 1899 bis 1907 dagegen nur von 96 665 bis 112 220, also im ganzen um 15 555 oder jährlich durchschnittlich um nur *1944 gestiegen*. Die Gesamtsteigerung habe in den ersten 4 Jahren zusammen 73 % und in den letzten 8 Jahren, also in einem doppelt so langen Zeitraum, nur 16 % betragen. Da die Steigerung der Versichertenzahl zu etwa 2 % im Jahresdurchschnitt anzunehmen sei, so habe die Invalidität in den ersten 4 Jahren in geradezu erschreckender Weise zugenommen; in den letzten 8 Jahren sei es aber erfreulicherweise bedeutend besser geworden. Hierin sei ein deutlicher Beweis für die günstigen Wirkungen der vorbeugenden Heilfürsorge zu erblicken, für die die Träger der Invalidenversicherung von Jahr zu Jahr mehr Mittel aufgewandt hatten (4,0 Millionen Mark im Jahre 1899, 15,2 Millionen Mark im Jahre 1907). — Ich betone ausdrücklich, daß dies nicht etwa Schlüsse sind, die man nach meiner Ansicht mit Recht ziehen dürfte. Ich wollte vielmehr nur zeigen, daß man mit den von Dr. *Fischer* benutzten

Zahlen bei Anwendung seiner Methode ebensogut, wie er damit die zunehmende Verelendung der Arbeiterbevölkerung bewiesen zu haben glaubt, einen großen Erfolg der Sozialversicherung begründen könnte.

Dr. *Fischer* schließt ferner unmittelbar daraus, daß nach den vorliegenden Zahlen unter den Versicherten 1907 die oberen Alter verhältnismäßig schwächer als 1895 vertreten waren, auf den Rückgang der Gesundheitsverhältnisse bei den Arbeitern. Auch diese Begründung muß fallen gelassen werden, weil, wie schon erwähnt, die durch Schätzung abgeleiteten Versichertenzahlen des Jahres 1895 insbesondere bei den höheren Altern als zu hoch anzusehen sind.

Frei von den geschilderten Mängeln sind die Betrachtungen des Dr. *Fischer* über die durch die Berufszählungen festgestellten Zahlen der Erwerbstätigen. 1907 sind bei ihnen die oberen Alter verhältnismäßig schwächer besetzt als 1895. Auch hierin wird von ihm ein Zeichen der fortschreitenden physischen Verelendung in der Arbeiterbevölkerung erblickt. Das ist ein Trugschluß; hier wird ein grundsätzlicher Fehler gemacht. Denn eine Altersverschiebung nach der von Dr. *Fischer* für ungünstig gehaltenen Richtung ist völlig vereinbar mit einem Gleichbleiben, ja sogar mit einer Besserung der Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter. Eine solche Verschiebung wird und muß *unbedingt* auch beim Gleichbleiben der Gesundheitsverhältnisse eintreten, wenn sich von irgend einem Zeitpunkt ab die Erwerbs*fähigen* in größerem Umfang als bisher einer Erwerbs*tätigkeit* zuwenden und sich hierbei Personen der unteren und mittleren Alter verhältnismäßig stärker als Personen der oberen Alter beteiligen.

Im übrigen wird, worauf meines Wissens bis jetzt noch von keiner anderen Seite hingewiesen worden ist, bei Verwendung der Zahlen der Erwerbstätigen 1895 und 1907 zu Vergleichszwecken, insbesondere bei den höheren Altern, aus folgenden Gründen Vorsicht geboten sein. Die reichsgesetzlich invaliden Personen werden in vielen Fällen zu einem kleinen Bruchteil noch erwerbend tätig sein. Soweit solche Personen Rentenempfänger sind, wird die Rente ihre Haupteinnahmequelle bilden. Sie werden deshalb bei der Berufszählung vermutlich nicht als „erwerbstätig“ gezählt werden. Beziehen solche Personen aber keine Rente — gleichviel ob sie wegen nicht genügender Kenntnis des Gesetzes einen Antrag noch nicht gestellt haben, oder ob sie schon 1891 bei Einführung der Invalidenversicherung invalide waren, usw. — so werden sie trotz des geringen Grades der Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit doch wohl als „erwerbstätig“ gezählt werden. Personen der ersten Art — also Invalide mit Rentenbezug — gab es 1907 in viel größerer Zahl als 1895. Daraus ist zu schließen, daß invalide Personen 1895 in viel größerem Umfang als 1907 als „erwerbstätig“ gezählt worden sind. Dies gilt namentlich für die höheren Alter, bei denen die Invalidität eine große Rolle spielt. Hierauf wird es zu einem großen Teil zurückzuführen sein, daß die Berufsstatistik von 1907 in den oberen Altersklassen verhältnismäßig weniger „Erwerbstätige“ nachweist als die Berufsstatistik von 1895.

Bücherbesprechungen.

Neue Schriften über Versicherungs-Wirtschaft und -Recht.

Mueller, Rudolf. Anlage und Verwaltung der Kapitalien privater Versicherungsunternehmungen. Berlin 1914. Mittler & Sohn. 178 Seiten.

Die Frage der Kapitalanlagen der Versicherungsgesellschaften spielt in der Fachliteratur der letzten Jahre eine recht große Rolle; fast immer handelt es sich dabei aber um die Erörterung des Kapitalanlage*zwangs* und seiner Folgen, während uns ein Lehrbuch der *Kapitalanlagetechnik* fehlte. Diesem Mangel hilft in glücklicher Weise das Werk ab, das soeben als 6. Band der *Manes*schen Versicherungsbibliothek erscheint und Direktor Dr. *Mueller*-Gotha zum Verfasser hat. Nach einer kurzen Einleitung, die sich mit der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Kapitalanlagen und ihrer Stellung im Kreditsystem beschäftigt, erörtert *Mueller* zunächst in einem allgemeinen Teil die Grundsätze für die Auswahl der Kapitalanlagen und ihre Verwaltung, die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften des In- und Auslandes und an Hand von instruktiven Tabellen die tatsächliche Gestaltung der Kapitalanlageverhältnisse im In- und Auslande. An die Spitze seiner Erörterungen stellt er dabei den wichtigen Satz, daß die Kreditgewährung der Versicherungsunternehmungen nicht Selbstzweck ist, sondern in Abhängigkeit vom Versicherungsbetrieb steht und sich nach dessen Bedürfnissen richten muß; diese Bedürfnisse sind natürlich bei den verschiedenen Branchen verschieden, und deshalb muß auch die Zusammensetzung des Anlagebestandes bei den einzelnen Gesellschaften je nach den von ihnen betriebenen Branchen variieren. Der Hauptteil des Buches ist der Besprechung der Technik der einzelnen Anlagearten, sowohl der Anlagen für festbelegte wie auch der für vorübergehend belegte Kapitalien, gewidmet. Hier verdienen vor allem Beachtung die ausführliche Behandlung der Hypothek, »der klassischen Anlageform für die Lebensversicherungsprämien«, und der Wertpapiere, wobei der Verfasser seine bekannte und nicht bloß in Fachkreisen geteilte Ansicht über die Nachteile des geplanten Kapitalanlagezwangs in Staatspapieren in kurzen treffsicheren Ausführungen begründet. Was *Mueller* in diesem umfangreichen praktischen Teil seines Werkes bietet, das zeugt von einer Erfahrung, wie sie eben nur durch die jahrelange Leitung des Anlagewesens einer alten Lebensversicherungsgesellschaft erworben werden kann. Das in jedem Belang ausgezeichnete Buch ist der Beachtung eines jeden Fachmannes wert; für den Neuling dürfte sein Studium unerläßlich sein.

Ludwigshafen a. Rhein. Mathematiker und Hochschuldozent Koburger.

von Liebig. Die Seeversicherung. Systematische Darstellung des Seeversicherungswesens. Berlin 1914. Guttentag. 222 Seiten.

Die Seeversicherung ist eines der wichtigsten und wertvollsten, zugleich aber auch vernachlässigtsten Gebiete des ganzen Versicherungswesens. Kein anderer Versicherungszweig ist so eng mit den allgemeinen Grundsätzen des Versicherungswesens verwachsen. Man kann sagen, daß die Seeversicherung die Wurzel des ganzen Versicherungsgedankens gewesen ist. Sie hat von altersher die ausführlichsten gesetzlichen und vertraglichen Regelungen des ganzen Verhältnisses geschaffen und die notwendigsten Rechts- und Grundbegriffe der Versicherungstechnik und des Versicherungsrechts zuerst zu der Feinheit durchgebildet, die es ermöglicht, von einem Versicherungsrecht als einem einheitlichen Ganzen zu sprechen. Die Seeversicherung trägt mehr als jeder andere Zweig ein internationales Gepräge, welches einen Vergleich der verschiedenen Rechtsgestaltungen herausfordert. Gerade hier hat schon zu einer Zeit, wo man von einem wirklichen Versicherungsrecht kaum reden konnte, die Rechtsprechung ein gewaltiges Material geschaffen, dessen Wert durch die jetzige Kodifizierung des Versicherungsvertragsrechts nur gesteigert worden ist. Das Versicherungsvertragsgesetz hat große Teile aus der Seeversicherung einfach auf das Gebiet des gesamten Versicherungsrechts

übertragen können. An sich steht die Seeversicherung außerhalb des Versicherungsvertragsgesetzes. Um so unentbehrlicher ist eine Vergleichung und Verknüpfung der beiden Rechtssysteme und eine Durcharbeitung der selbständigen Aufstellungen des Seeversicherungsrechts nach den allgemeinen Gesichtspunkten, die auf der einheitlichen gesetzlichen Grundlage nunmehr das gesamte Versicherungsrecht beherrschen.

Alles dies steht noch in den ersten Anfängen und harrt der eigentlichen wissenschaftlichen Behandlung.

Geht man von diesen Gesichtspunkten aus an ein Studium des vorliegenden Buches, so wird man eine gewisse Enttäuschung finden. Es enthält an sich ein reiches und wertvolles Material, das man sonst mühsam aus entlegenen und nicht jedem zugänglichen Quellen zusammensuchen muß; eine eigentliche systematische und wissenschaftliche Verarbeitung im obigen Sinne ist aber über die Anfänge nicht hinausgediehen. Auch nach der wirtschaftlichen, namentlich der gerade für Handelshochschüler, an die sich das Buch nach der Vorrede in erster Linie wendet, wichtigen weltwirtschaftlichen Seite hin vermißt man vieles, was selbst bei einer Einführung der Behandlung wert gewesen wäre. Auffallend stark und vielleicht über Gebühr tritt dagegen der geschichtliche Teil in den Vordergrund. Der erste Abschnitt: „Geschichtliche Entwicklung der Transportversicherung“ nimmt nahezu ein Fünftel des Buches für sich in Anspruch. Dagegen sind längere geschichtliche Darstellungen über das ganze Buch verstreut: die Kämpfe mit den Barbareskenstaaten, S. 54 ff., die Entwicklung der Schiffsregister, S. 92 ff., das Nachrichtenwesen und die Schiffsbautechnik usw. Der zweite Abschnitt: „Rechtliches“ gibt im wesentlichen den Inhalt der wichtigsten Vorschriften des Handelsgesetzbuchs über die Seeversicherung (Buch IV Abschnitt 10) in Verbindung mit den Allgemeinen Seeversicherungsbedingungen und gelegentlichen Erläuterungen wieder. Auch der dritte Abschnitt: „Technisches“, unzweifelhaft der wertvollste Teil des Buchs, enthält eine Reihe rechtlicher Erläuterungen, namentlich über die Grundzüge der Rückversicherung und der Generalpolice, über die Rechtsstellung ausländischer Versicherungsnehmer bei englischen Versicherern im Kriegsfalle u. a. An technischen Ausführungen interessieren hauptsächlich die Klassifikation der Schiffe, die Franchise, die Prämienbemessung, das Nachrichtenwesen und die Schiffsbautechnik. Eine Reihe von Anlagen: Policen nebst Bedingungen, Maximaltabellen, Rückversicherungsverträge, Generalpolicen, Auszüge aus Versicherungsjournalen sind in den Text eingefügt, was die Übersicht bisweilen indes beeinträchtigt. Ein vierter Abschnitt behandelt kurz die Verbände der Versicherer; die in der Kapitelüberschrift ebenfalls genannte Statistik fehlt.

Wohltuend tritt jedoch die warme Begeisterung für den Gegenstand hervor und das klare Verständnis für die Bedeutung und die Unentbehrlichkeit der Seeversicherung. Mit Recht fragt der Verfasser mit *Reatz*, welchen Einfluß ein Verbot der Seeversicherung, wie es 1568 unter Philipp II. für die Niederlande ergangen sei, in heutiger Zeit auf den Seehandel überhaupt und namentlich auf den transatlantischen Handel haben würde, und ob man sich dieses Verbot als durchführbar und das Verbotene ohne Ersatz denken könne.

Am schlagendsten hat dies *Shakespeare* ausgedrückt:

> Believe me, sir, had I such venture forth,
> The better part of my affections would
> Be with my hopes abroad. I should be still
> Plucking the grass, to know where sits the wind;
> And every object that might make me fear
> Misfortune to my ventures, out of doubt
> Would make me sad . . .
> I should not see the sandy hour-glass run,
> But I should think of shallows and of flats . . .
> And, in a word, but even now worth this,
> And now worth nothing . . . .

Berlin. Kammergerichtsrat Otto Hagen.



Fratzscher, Alfred. Landwirtschaftliche Versicherung (Hagel- und Viehversicherung). Berlin 1914. Mittler & Sohn. 167 Seiten.

Das vorliegende Buch ist ein wertvoller Bestandteil der „Versicherungs-Bibliothek", herausgegeben von Prof. Dr. *Manes*. Es enthält ein interessantes Zahlenmaterial, das ganz besonders von dem Praktiker geschätzt werden wird; aber auch Nichtfachleuten, die sich für die landwirtschaftliche Versicherung interessieren, insbesondere Behörden auf dem Lande, ländlichen Genossenschaftsverbänden, die sich mit der Ausbreitung der Versicherung in ländlichen Kreisen befassen, liefert das Buch schätzbares Material zur Aufklärung und Belehrung und Entwicklung des Versicherungs-Gedankens. Es zerfällt in zwei Teile. In dem ersten wird die Hagelversicherung, in dem zweiten die Viehversicherung behandelt. In der Einleitung zum ersten Teil ist wissenschaftlich dargelegt, was Hagel ist, worauf seine Entstehung meteorologisch zurückgeführt wird, welche Beobachtungen gemacht sind über das örtliche Auftreten der Hagelwetter und ihre Verteilung auf die einzelnen Jahreszeiten, und welche Versuche bereits gemacht wurden, um die drohenden Gefahren der Hagelwetter abzuwehren. In dem ersten Kapitel wird die Hagelversicherung vom Ende des 18. bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts behandelt. Interessant ist hier die Entstehung und das Verschwinden vieler Hagelversicherungs-Institute geschildert und die Wandlungen, die die Hagelversicherung durchzumachen hatte. Im zweiten Kapitel sind die Unternehmungsformen und ihre organischen Einrichtungen, die Aktiengesellschaft mit dem System der festen Prämien und die Gegenseitigkeits-Gesellschaften mit dem System des Umlageverfahrens, sowie dem der Vorprämien mit Verpflichtung zur Nachschußleistung und dem System der festen Prämien unter Vorbehalt der Kürzung der Entschädigung, ferner auch die besonderen Einrichtungen einzelner Gesellschaften, wie z. B. die „Gemeinde-Versicherung" und die Verträge mit einzelnen Staaten behandelt. Im dritten Kapitel sind die rechtlichen Grundlagen der Hagelversicherung eingehend erläutert. Im vierten Kapitel die technischen Grundsätze der Hagelversicherung, die Auswahl der Risiken, die Grundsätze der Prämienbestimmung unter Berücksichtigung der Hagel-Empfindlichkeit der Boden-Erzeugnisse, die Individualisierung des Risikos, die Ermittlung des Schadens, sowie die Erkennung des Hagelschlages und die Natur des Hagelschadens und endlich auch die Methode der Abschätzung des Hagelschadens erläutert. Im fünften Kapitel ist noch einiges über die Hagelversicherung im Auslande, insbesondere ihre Entwicklung, ausgeführt.

In der Einleitung zu dem zweiten Teil „Viehversicherung" sind Mitteilungen über den Umfang des in den Viehbeständen angelegten Kapitals und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Viehversicherung gemacht, die ganz besonders alle ländlichen Kreise interessieren. Im ersten Kapitel ist die geschichtliche Entwicklung der Viehseuchen-Gesetzgebung bis zur Gegenwart, im zweiten Kapitel die geschichtliche Entwicklung der Vieh-Lebensversicherung, und ferner die Unternehmungsformen der Vieh-Lebensversicherung und ihre organischen Einrichtungen geschildert. Die zahlenmäßigen Angaben über die lokalen Viehversicherungsvereine werden ganz besonderes Interesse haben für die ländlichen Kreise, Behörden, Genossenschaften, die sich die Errichtung kleiner Orts-Viehversicherungsvereine angelegen sein lassen. — Es sind weiter aufgeführt die größeren Viehversicherungs-Gesellschaften unter Angabe der Anzahl der versicherten Tiere, der Versicherungssummen, der Beiträge, der Verwaltungskosten, der Entschädigungssummen, der vorhandenen Reserven; auch finden sich hier schätzenswerte Angaben über die staatlichen Viehversicherungsanstalten usw. Im dritten Kapitel ist über die Schlachtviehversicherung, und zwar zunächst ihre geschichtliche Entwicklung, die Unternehmungsformen, so insbesondere die lokale Schlachtviehversicherung, wie sie bei den Fleischer-Innungen üblich ist, ferner auch die kommunale, wie sie in einzelnen Städten sich vorfindet, dann die private Schlachtviehversicherung, die teils von Gesellschaften, teils von Einzelpersonen und Handelsgesellschaften, sowie kleineren Versicherungsvereinen betrieben wird, näheres ausgeführt. Auch über die staatlichen Schlachtviehversicherungsanstalten, wie sie im Königreich Sachsen, teils mit Versicherungszwang bestehen, ist das Wichtigste gesagt. Im vierten Kapitel ist Aufschluß über die Viehversicherung im Auslande gegeben.

Der Verfasser hat sich sichtlich bemüht, alle seine Ausführungen in gemeinverständliche Form zu kleiden, so daß das Buch, das die spezifisch landwirtschaftliche Versicherung behandelt, auch für die ländlichen Kreise, und alle, die darin eine Tätigkeit entfalten, großen Wert hat.

Berlin-Steglitz. E. Jungblut,
Dezernent für Versicherungswesen in der Raiffeisen-Organisation.

Vandersee, Gerhard. Die Unternehmerverbände in der deutschen Privatversicherung. München 1913. Schweitzer. 113 Seiten.

Die vorliegende Dissertation dürfte die umfassendste Monographie sein, welche bisher über die Unternehmerverbände in der Versicherung geschrieben worden ist. Sie enthält auf Grund fleißiger Studien ein reiches Tatsachenmaterial, das übersichtlich und zweckmäßig im speziellen größeren Teil der Schrift gegliedert ist, dem ein sehr beachtenswerter allgemeiner Teil vorangeht. Der Verfasser bekennt sich wiederholt offen als unumwundener Anhänger des Kartellwesens, dem er nicht mit Unrecht große Vorzüge für die Versicherungsunternehmungen wie auch für die Versicherten nachrühmt. Die Lektüre der Abhandlung gibt auch dem Fernerstehenden ein deutliches Bild von der Vielseitigkeit der Aufgabe, die den Unternehmerverbänden, welche wir jetzt in allen Zweigen der Privatversicherung finden, obliegen. Die in dieser Zeitschrift erschienene Abhandlung *Brauers* über die Wirkungen des Feuerversicherungs-Kartells hat *Vandersee* leider nicht mehr benutzen können.

Berlin. Dr. A. Manes.

Brüders, P. Seeversicherungs-Jahrbuch 1914. Friederichsen & Co., Hamburg. 251 Seiten.

Zum zweiten Mal ist dieses Jahrbuch, welches sich schnell in den Fachkreisen eingeführt hat, erschienen. Es enthält eine Reihe Verbesserungen, die sehr anzuerkennen sind. Neu eingefügt ist ein Abschnitt über Versicherungsstempel und ein solcher über die gesetzlichen Vorschriften betreffs Zulassung und Beaufsichtigung der Seeversicherung. Zu begrüßen wäre es, wenn sich der Verfasser entschließen könnte, vielleicht in einem Anhang auch die Land-Transportversicherung wenigstens in Deutschland zu beachten. Die praktische Brauchbarkeit würde ferner nicht unerheblich gesteigert werden, wenn ein ausführliches Sachregister hinzugefügt würde. Aber auch in seiner jetzigen Form ist das Werk für alle, die mit der Seeversicherung zu tun haben, unentbehrlich und wertvoll.

Berlin. Dr. A. Manes.

Wirtschaft und Recht der Versicherung. Zeitschrift. Jahrg. 1ff. Kiel 1912ff. Verband der öffentlichen Feuerversicherungs-Anstalten.

Der Gedanke, zu den seit 1870 bestehenden „Mitteilungen für die öffentlichen Feuerversicherungs-Anstalten", die sich jetzt auch „Zeitschrift für Versicherungswesen und Feuerschutz" im Untertitel nennen, Beihefte herauszugeben, war außerordentlich glücklich, denn es fehlte bis vor kurzem, wenn man von der „Zeitschrift für Versicherungs-Wissenschaft" absieht, an einer weiteren Möglichkeit, umfangreichere, wirtschaftliche Abhandlungen aus dem Gebiete des Versicherungswesens in periodisch erscheinenden Veröffentlichungen unterzubringen. Die bisher erschienenen Hefte unter der Redaktion von *Baumgarte* und *Conradt* enthalten durchweg reiches Material zu den verschiedensten Gebieten des Assekuranzwesens, erfreulicherweise ohne sich auf die Feuerversicherung zu beschränken, denn man hat glücklicherweise vermieden, etwa der Idee einer eigenen Feuerversicherungs-Wissenschaft sich anzuschließen. Es scheint vielmehr, daß die Redaktion der Zeitschrift „Wirtschaft und Recht" die vom Deutschen Verein für Versicherungs-Wissenschaft vertretene Auffassung teilt. Der Inhalt der einzelnen Hefte ist in der „Zeitschriftenschau" dieser Publikation regelmäßig angegeben worden, und eine der besonders umfangreichen Abhandlungen aus der Feder von *Wörner,* „Der Staat und das Versicherungswesen", hat an dieser Stelle bereits eine Würdigung gefunden, die allerdings reich an Kritik war. Auch die zwei neuesten Hefte des laufenden Jahrganges sind umfangreich und enthalten deshalb nur je eine Abhandlung. In dem Doppelheft 2/3

hat Geheimrat *Cuno* die *Reichsabgabe von Versicherungen* nach dem neuen Reichsstempelgesetz systematisch dargestellt. Als einer der Verfasser des Gesetzes war gerade *Cuno* der berufene Autor, die erste systematische Darstellung zu geben. Er hat seine Aufgabe vorzüglich gelöst und bietet mit seiner auch separat erscheinenden Schrift ein der gesamten Versicherungspraxis willkommenes Werk. Ober-Postpraktikant Dr. *Hammer* hat schließlich in dem neuesten Heft eine instruktive Übersicht über *Posthaftpflicht und Schadenversicherung* geliefert. Dabei untersucht er insbesondere auch die Frage gründlich, wie und in welchem Umfang Lücken in der Posthaftpflicht durch das Versicherungs-Vertragsrecht ausgefüllt werden. Dieser vergleichenden Darstellung von Postrecht und Versicherungs-Vertragsrecht folgt eine solche über das Rückgriffsrecht des Versicherers. Das hier zusammengetragene Material wird von der Haftpflichtversicherungspraxis sicherlich daraufhin geprüft werden, ob eine Ausdehnung der Haftpflichtversicherung, wie sie dem Verfasser vorschwebt, technisch durchführbar ist.

Berlin. Dr. A. Manes.

Henne. Die Feuersicherheit. Sonderausgabe des Handbuchs für Eisenbahnbau. VIII. Band. Ernst & Sohn. Berlin 1913. 44 Seiten.

Die Abhandlung schließt sich dem vom Ingenieur Dr. *F. v. Emperger*, K. K. Oberbaurat, Wien, herausgegebenen Gesamtwerke würdig an und behandelt die Bedeutung und die Begriffe der Feuersgefahr und Feuersicherheit im allgemeinen. Der verschiedene Grad der Feuersicherheit der Baustoffe: Holz, natürliche Bausteine, künstliche Steine, Beton, Eisen, Eisenbeton wird eingehend erörtert. Die Abnahme der Festigkeit der Baustoffe bei erhöhten Temperaturen ist in vergleichenden Diagrammen anschaulich dargestellt. Aus den Kurven ist ersichtlich, daß die Festigkeiten der verschiedenen Betonarten und Eisensorten bei einer Erhitzung auf 400 Grad C. etwa gleich der Festigkeit des betreffenden Materials bei 0 Grad ist. Bei weiter zunehmender Erwärmung nimmt aber die Festigkeit der verschiedenen Eisensorten derartig schnell ab, daß zwischen 600 und 700 Grad bereits die Festigkeit nur noch gleich der üblichen Beanspruchung ist, daß demnach bei diesen Temperaturen ein Sicherheitsfaktor nicht mehr vorhanden ist. Dagegen haben die üblichen Betonarbeiten, bei diesen Temperaturen noch eine doppelte bis dreifache Festigkeit gegenüber der ihnen zuzumutenden Beanspruchung. Verfasser führt dann weiterhin aus, daß Eisenbeton, solange er noch nicht ausgerüstet ist, als recht feuergefährlich wegen des zu den Rüstungen verwendeten Holzes anzusehen ist, daß also während dieser kurzen Zeit besondere Vorsicht auf Bauten am Platze ist. Sodann wird die feuersichere Gestaltung der Bauten in den einzelnen Konstruktionsteilen: Wände, Decken, Fußböden, innerer Ausbau, Dächer, Treppen, Aufzugsschächte, Gänge, Durchfahrten, Türen und Fenster erörtert. Auch der Wert der richtigen räumlichen Gliederung der Gebäudegruppen auf die Feuersicherheit ganzer Stadtteile, welchem ja durch die Bauordnungen meistens in genügender Weise Rechnung getragen wird, wird unter besonderer Berücksichtigung der für die verschiedenen Entfernungen wechselnden Prämiensätze der Feuerversicherungsgesellschaften beleuchtet. Ein letzter Absatz behandelt die besonderen Schutzeinrichtungen gegen Blitzgefahr, welche in Hinblick auf den Eisenbetonbau kurz besprochen werden. Ausführlicher werden die Einrichtungen, die Entstehungsbrände selbsttätig melden, besprochen. Selbstverständlich haben diese Anlagen für alle Gebäudegattungen, nicht nur für Eisenbetonbauten, einen erheblichen Nutzen. Noch wirkungsvoller sind die Sprinkleranlagen, welche nicht nur einen Brand melden, sondern auch gleichzeitig ihn selbsttätig bekämpfen. Dem auf Grund der vorhergehenden Erörterungen zum Schluß gegebenen Gesamturteil über die Feuersicherheit der Eisenbetonbauten, welches sich auf die reichen Erfahrungen des Verfassers stützt, die er im Dienste der Feuerversicherung zu gewinnen in der Lage war, kann nur beigepflichtet werden.

Das Werkchen behandelt, ohne erschöpfend sein zu wollen, die wichtigsten Gesichtspunkte der Feuersicherheit in übersichtlicher und klarer Weise und ist allen Baukreisen auf das wärmste zu empfehlen, da es berufen ist, vielfach noch herrschende unrichtige Anschauungen und Vorurteile zu zerstreuen.

Berlin. Baurat Wendt.



Dahmen. Das Recht der Krankenkassenangestellten nach der Reichsversicherungsordnung. Berlin und Leipzig 1913. Rothschild. 287 Seiten.

Der Verfasser behandelt das wichtige, aber nicht allzu interessante Thema in einem Buche recht ausführlich. Starke Kürzungen, die leicht vorzunehmen wären, würden der fleißig gearbeiteten Schrift nur von Vorteil sein. Die Darstellung ist leicht verständlich, aber oft viel zu weitschweifig. *Dahmen* hätte auch gut daran getan, wenn er in seiner Monographie mehr die wirtschaftlichen Momente berücksichtigt und nicht die juristische Beurteilung in dem Maße, wie geschehen, in den Vordergrund gerückt hätte. Der Verfasser kennt übrigens die praktischen Verhältnisse anscheinend nur wenig aus eigener Erfahrung.

Darmstadt. Kreisamtmann Dr. v. Köbke.

Reichsversicherungsordnung. Bd. I. Erstes, fünftes und sechstes Buch. Textausgabe mit Anmerkungen und Sachregister, bearbeitet von Lippmann, Siefart und Laß. Berlin 1913. 687 Seiten.

Reichsversicherungsordnung. Bd. III. Drittes Buch. Textausgabe mit Anmerkungen und Sachregister bearbeitet von Radtke. Berlin 1913. Guttentag. 1002 Seiten.

Beiden Ausgaben kann nur uneingeschränktes Lob gezollt werden. Die zahlreichen, weit umfassender als sonst im allgemeinen bei Textausgaben üblich vorhandenen Anmerkungen sind, dem Zweck solcher Ausgaben entsprechend, stets knapp gehalten und beschränken sich auf das Wesentlichste, sie sind aber stets präzis und treffend; in ihnen wird eine reiche Fülle erläuternden Materials geboten. Druck und Übersichtlichkeit der Anordnung sind sehr anzuerkennen.

Darmstadt. Kreisamtmann Dr. v. Köbke.

Neue Schriften über Versicherungsmathematik.

Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse bei den nach dem (österreichischen Gesetze vom 30. März 1888 (R. G. Bl. Nr. 33), betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, eingerichteten Krankenkassen in den Jahren 1896 bis 1910 mit Beziehung auf Alter, Geschlecht und Beruf der Mitglieder. Im Ministerium des Innern bearbeitet auf Grund der von den Krankenkassen gelieferten Nachweisungen. Vom Minister des Innern dem Reichsrate mitgeteilt gemäß § 72 des bezogenen Gesetzes. Wien 1913.

Nach dem österreichischen Krankenversicherungsgesetze sind von den Krankenkassen für jedes Kalenderjahr Übersichten über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Kassenmitglieder nach zwei vom österreichischen Ministerium des Innern vorgeschriebenen Formularen zu liefern. Im Formular I sind, getrennt nach den Geburtsjahrgängen der Kassenmitglieder, die Mitgliederbestände zu Anfang und zu Ende des Kalenderjahres, die Zahl der während dieses Jahres erkrankten und gestorbenen Mitglieder, der entschädigten Erkrankungsfälle und der dafür ausgezahlten Krankentage, gesondert nach dem Geschlecht der Mitglieder, ferner die im Laufe des Jahres entschädigten Entbindungen und die dafür gezahlten Krankentage nachzuweisen. Formular II bezieht sich auf die Krankheitsformen und Beschäftigungsarten der Kassenmitglieder.

Auf Grund der Nachweisungen des Formulars I sind vom österreichischen Ministerium eingehende Untersuchungen über die Morbidität angestellt und zuerst 1900 unter dem Titel „Nachträgliche Mitteilungen über die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der nach dem Gesetz vom 30. März 1888, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, eingerichteten Krankenkassen in den Jahren 1891 bis 1895“ veröffentlicht werden. Als Fortsetzung dieser Arbeit erscheint die vorliegende Publikation, die in analoger Behandlung wie die erste die von den Krankenkassen in den Jahren 1896 bis 1910 gelieferten Nachweisungen, gesondert nach den Fünfjahrsperioden 1896 bis 1900, 1901 bis 1905, 1906 bis 1910 verarbeitet. Die zugrunde liegende Statistik umfaßt in den drei Quinquennien 1896 bis 1900, 1901 bis 1905, 1906 bis 1910 die Ausweise von 7798 bzw. 6793 und 6558 Kassen mit 9 852 969 bzw. 11 190 226 und 13 390 384 unter einjähriger Beobachtung gestandenen Mitgliedern.

Aus diesem überaus reichen Material werden die verschiedenen krankheitsstatistischen Maßzahlen, und zwar in ihrer Abhängigkeit vom Lebensalter, für einige Kassenkategorien und für verschiedenen Berufsgruppen angehörige Personen untersucht. Die Teilung des Materials nach Quinquennien gestattet Schlüsse über den Einfluß der zeitlichen Verhältnisse auf die Daten zu ziehen. Ausgeglichene Morbilitätstafeln sowie ausgeglichene Werte der Sterbenswahrscheinlichkeiten werden aus den Beobachtungsdaten des letzten Quinquenniums 1906 bis 1910 abgeleitet für die männlichen Kassenmitglieder überhaupt, ebenso für die weiblichen, ferner für die männlichen Mitglieder der Bezirks-, Betriebs-, Genossenschafts-, Vereins- und Bruderladenkrankenkassen, weiter für die männlichen versicherungspflichtigen Personen folgender Berufsgruppen: Eisenbahnen, Eisen- und Metallindustrie (Fabriksbetriebe), Textilindustrie (Fabriksbetriebe), Baugewerbe, ebenso für die weiblichen versicherungspflichtigen Personen in der Textilindustrie (Fabriksbetriebe) und in den Tabakfabriken; für die weiblichen Personen werden die Morbilitätsziffern sowohl unter Einschluß als auch unter Ausschluß der Entbindungen bestimmt. Hingewiesen sei noch, wie ich dies auch kürzlich an anderer Stelle (Jahrbuch für Versicherungsmathematik 1914, Grundlagen der Krankenversicherung) tat, auf die Überlegenheit der österreichischen Statistik gegenüber der amtlichen deutschen; letztere verlangt von den Krankenkassen nur summarische Nachweisungen, also keine Gliederung nach dem Lebensalter und ist daher zur Ableitung von Morbilitätstafeln wie überhaupt zur Untersuchung der Abhängigkeit der Krankheitsverhältnisse vom Lebensalter ungeeignet.

Freiburg i. B. Prof. Dr. Alfred Loewy.

Marcus, Maximilian. Umlage und Kapitaldeckung. Untersuchungen zur Frage der Rücklagen der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Berlin 1913. 416 Seiten.

Das vorliegende Buch bildet die Eröffnung des Entscheidungskampfes in dem Feldzuge, den der Verfasser seit Jahren gegen die gesetzlichen Vorschriften über die Rücklagen der Berufsgenossenschaften, wie sie in der RVO. §§ 741 bis 748 niedergelegt sind, führt. Bekanntlich liegen diese Bestimmungen jetzt zur erneuten Beschlußfassung dem Reichstage vor, der das *Marcus*sche Werk hierbei beachten muß.

Dieses zerfällt in einen negativen und einen positiven Teil. Der negative Teil, der sich vom Anfang bis S. 309 erstreckt, beschäftigt sich damit, die Rechnungsmethoden, die in der „Finanziellen Begründung“ zur RVO. angewendet sind, zu kritisieren und namentlich nachzuweisen, daß diese und ältere Rechnungen der Reichsregierung von dem wirklichen Verlauf der Dinge nicht bestätigt worden sind. Es bleibt entschieden ein Verdienst des Verfassers, daß er den Glauben an die Richtigkeit der reichsamtlichen Rechnungen, denen man bisher unbesehen vertraute, erschüttert hat. Dagegen hat *M.* mit dem positiven Teil seines Werkes keinen Erfolg gehabt. Er glaubt zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß „bei stetem, sei es auch nur mäßigem Steigen der Lohnsumme der relative Beitrag des Umlageverfahrens *niemals* die Höhe des zu gleicher Zeit für die Kapitaldeckung erforderlichen Beitrages erreiche“. Um es kurz zu sagen, liegt der Fehler, durch den der Verfasser zu seiner irrigen Behauptung kommt, in der Hauptsache in der von ihm erfundenen Methode (S. 327) der Konstruktion einer Abnahmeordnung der „Weiterzahlungen“, wobei die Steigerung der Lohnsummen Berücksichtigung finden soll. Die von ihm nach dieser Methode konstruierten Tabellen *L* und *M* beruhen auf der Voraussetzung, daß die Steigerung der Lohnsummen, wie sie bisher von 1887 bis 1910 beobachtet wurde, in gleicher Stärke auch in Zukunft anhalten wird. Dabei weiß *M.* selbst, zu welchen Absurditäten die Annahme einer fortwährenden Steigerung in geometrischer Progression führt (vgl. S. 58). Zu ganz anderen Ergebnissen würde *M.* z. B. kommen, wenn er die Tabelle *N*, in der er hypothetisch die künftige Lohnsummen-Steigerung in weniger hohem, aber plausiblem Maße bis 1930 eingesetzt hat, nach gleichen Prinzipien verlängern und dann seine Rechnung etwa von 1920 ab (statt 1887) noch einmal machen wollte.

Im letzten Kapitel: „Erklärungsversuch und Schlußbeweis“, stellt der

Verfasser sich die Aufgabe, zu ermitteln, bis wann der Umlagebeitrag auf 16 M. für 1000 M. Löhne steigen, also den nach seinen Grundlagen jetzt erforderlichen Kapitaldeckungsbeitrag erreichen werde. Hier hütet er sich aber wohl, ein unbegrenztes weiteres Steigen der Lohnsumme im bisherigen Verhältnis anzunehmen, sondern er rechnet nur mit einer konstanten jährlichen Zunahme um 300 Millionen Mark, die natürlich eine ständig abnehmende relative Steigerung bedeutet. Sodann bemüht er sich, zu zeigen, daß die jährliche Steigerung der Entschädigungssummen unmöglich 6 Millionen Mark erreichen könne. Hierbei (S. 374) legt er eine Formel *(i)* zugrunde, die ein offenbarer Irrtum ist. Die richtige Formel enthält auf der rechten Seite noch den Faktor

$$(1 + w_2 + w_3 + w_4 + \ldots\ldots..),$$

wobei $w_2, w_3, \ldots$ die Weiterzahlungen des 2., 3. Bezugsjahres im Verhältnis zu der ersten Entschädigungssumme sind. Dieser Faktor ist für den Beharrungszustand auf Grund der *Marcus*schen Tabellen M_2 (Sp. 6) und O (Sp. 7) $\frac{22{,}146}{E} = 11{,}87$. Daß er hinzugefügt werden muß, erhellt aus der Formel

$$S_n = E\,0{,}001\,(L_n + L_{n-1} \cdot w_2 + L_{n-2} \cdot w_3 + \ldots\ldots..),$$

die ohne weiteres klar ist. Bildet man den analogen Ausdruck für $S_{(n+1)}$, so ergibt sich die Formel für die Differenz $S_{(n+1)} - S_n$ in der angedeuteten verbesserten Gestalt. Dann folgt aber, daß unter den gemachten Voraussetzungen die Steigerung der Entschädigungssummen 6,6 Millionen Mark beträgt. Setzt man dementsprechend in die *M.*sche Formel *g)* $z = 6{,}6$, so wird $x = 23$, d. h. es dauert nur noch 23 Jahre, bis der Umlagebeitrag auf 16 ‰ steigt. Dieser wächst nachher immer weiter bis zum Grenzwert 22,146.

Mit dieser Feststellung stürzt das ganze Gebäude des Beweises des Verfassers zusammen, und ebenso sind alle Beispiele und Schlüsse am Ende des Buches hinfällig.

Eine wesentliche Klärung haben die Fragen, die *M.* in seinem Buche behandelt, durch den Aufsatz von Geh. Reg. Rat Dr. *Pietsch* im Januar-Heft dieser Zeitschrift: „Der Beharrungszustand und die Beziehungen zwischen Umlage und Kapitaldeckung" erhalten. Danach könnte der Umlagebeitrag nur dann dauernd unter dem Kapitaldeckungsbeitrag bleiben, wenn die jährliche Steigerung der Lohnsummen mindestens gleich dem Zinsfuß wäre. Da diese Steigerung von 3½ % jährlich nicht für alle Zeiten und besonders nicht für jede einzelne der 66 Berufsgenossenschaften erwartet werden kann, so ist die Streitfrage vom versicherungstechnischen Standpunkt entschieden.

Leipzig. Revisor R. Schönwiese.

Jahrbuch für Versicherungsmathematik 1914 (1. Jahrgang). Herausgegeben von Rose und Katz. Berlin 1914. Deutsche Versicherungs-Presse. 338 Seiten.

Hätte jemand, vielleicht vor Jahresfrist, die Frage an mich gerichtet, ob ein Bedürfnis nach einer neuen periodischen Veröffentlichung auf dem Gebiete des Versicherungswesens bestehe, so hätte ich sie gewiß schlankweg verneint. Heute, wo mir der erste Jahrgang des Jahrbuches für Versicherungsmathematik vorliegt, das Dr. *E. Rose* und *W. Katz* herausgeben, bin ich anderer Ansicht geworden: eine solche Publikation fehlte uns bisher, und man kann nur wünschen, daß der Erfolg des ersten Jahrganges den Herausgebern wie dem Verlage die Möglichkeit gibt, das Unternehmen fortzusetzen. Zu diesem Wunsche veranlaßt mich weniger der Gedanke daran, daß dem Fach in dem Jahrbuch eine neue Gelegenheit geboten wird, Abhandlungen über einzelne Fragen aus dem Gebiete der Versicherungsmathematik unterzubringen, woran es uns auch bisher nicht gemangelt hat, sondern für mich liegt der Hauptwert der neuen Publikation in den in Aussicht genommenen periodischen Berichten über die deutsche und ausländische Literatur und in der Jahres-Chronik. Was hier schon im ersten



Jahrgang geboten wird, erscheint mir wertvoll und gelungen; das gilt im besonderen Maße von dem umfangreichen Literaturbericht, den die Herausgeber selbst beigesteuert haben. Auch die (bisher noch nirgends veröffentlichten) zu 4 % diskontierten Zahlen der Lebenden und ihre Summen nach *Karups* Tafel und nach der Tafel L M werden gewiß ebenso willkommen sein, wie die ausführliche Formelsammlung, deren Ergänzung und Ausbau uns für die nächsten Jahre versprochen wird. Beim Überfliegen der Formelsammlung ist mir übrigens ein kleines Versehen aufgefallen: wenn die wahrscheinliche Lebensdauer (S. 3) definiert wird durch $l_y = \frac{1}{2} l_x$, dann ist nicht y die wahrscheinliche Lebensdauer, sondern $(y - x)$. Was das Buch sonst an Abhandlungen enthält, ist im Märzheft dieser Zeitschrift, S. 316 im einzelnen angeführt. Als besonders begrüßenswert möchte ich, vor allem im Hinblick auf den Stoff, die Arbeit von *Loewy* über Krankenversicherung hervorheben, in der ich nur einen Hinweis auf das recht gute Buch von *Renfer* »Beiträge zur Krankenversicherung« (St. Gallen 1912) vermißt habe, und die Würdigung von *J. F. Fries*, die die Herausgeber zu Verfassern hat; hoffentlich setzen die künftigen Jahrgänge diesen Versuch biographischer Behandlung der führenden Geister der Versicherungsmathematik fort. Alles in allem verdienen die Herausgeber für die viele Zeit und Mühe, die sie dem Buch geopfert haben, den Dank und die Anerkennung aller Fachgenossen, deren materielle und ideelle Unterstützung ihnen hoffentlich nicht versagt bleibt.

Ludwigshafen a. Rhein. Mathematiker und Hochschuldozent Koburger.

Allgemeine Schriften.

Nußbaum, Arthur. Deutsches Hypothekenwesen. Mohr. Tübingen 1913. 365 Seiten.

Das Ziel, einen praktischen Beitrag zur Reform des juristischen Unterrichts zu liefern, hat der Verfasser erreicht und seine Aufgabe in der denkbar besten Weise gelöst, den Juristen auch zu einer gründlichen Kenntnis der wirtschaftlichen und sonstigen tatsächlichen Verhältnisse, soweit sie das Hypothekenwesen berühren, zu verhelfen. *Nußbaum* schildert nach den rechtlichen Grundlagen des Hypothekenwesens, wobei er zunächst die Hauptlehre des allgemeinen Grundbuchrechts, dann das Hypothekenrecht im engeren Sinne und schließlich die Hauptgrundsätze der Zwangsversteigerung und Zwangsverwaltung darstellt, die wirtschaftlichen Tatsachen des Hypothekenwesens, u. a. die Geldbeschaffung auf dem Hypothekenmarkt, die wirtschaftlichen Unterschiede zwischen den Hypotheken und die Natur des Hypothekenzinsfußes. Ein weiterer Abschnitt enthält eine Schilderung der Bodenkreditinstitute. Das Schlußkapitel erörtert die Hauptprobleme des Hypothekenwesens. Dabei finden wir, was an dieser Stelle besonderer Hervorhebung bedarf, die Maßnahme gegen die Verschuldung gewürdigt und im Zusammenhang hiermit die *Hypothekar-Lebensversicherung.* Daß diese früher bereits und auch neuerdings wieder von privaten Versicherungsunternehmungen einzuführen versucht worden ist, hätte dabei neben der Tätigkeit der öffentlich-rechtlichen Anstalt erwähnt werden dürfen. Die Bedeutung der Privatversicherung für das Hypothekenwesen zu beschreiben, hat der Verfasser nicht unterlassen. Beachtenswert sind auch seine Ausführungen über das Taxwesen. Leider hat aber der Verfasser es versäumt, die in der vorliegenden Zeitschrift erschienenen einschlägigen Aufsätze über die Hypothekar-Lebensversicherung zu beachten, wie er überhaupt naturgemäß die juristische Literatur besser beherrscht als die wirtschaftliche, bei der die Auslese etwas einseitig ausgefallen ist. Dies hindert aber nicht, seinem Werk die besten Empfehlungen mit auf den Weg zu geben und zu wünschen, daß andere Rechtsgebiete mit gleicher Umsicht und Gründlichkeit eine wirtschaftlich-juristische Parallelbehandlung erfahren mögen.

Berlin. Dr. A. Manes.



Ballod, Carl. Grundriß der Statistik. Guttentag. Berlin 1913. 348 Seiten.

Aus Universitätsvorlesungen hervorgegangen, soll dieser Grundriß der Statistik Studierenden ein Nacharbeiten des Gehörten an der Hand eines umfangreichen Zahlenmaterials erleichtern. Dadurch, daß der Verfasser mehr als dies bisher üblich war, die technischen Grundlagen der Bevölkerungsstatistik sowie deren Ergebnisse nach den verschiedensten Seiten hin berücksichtigt hat, darf dieses Buch als besonders brauchbar und empfehlenswert für Studierende bezeichnet werden, die sich mit der Versicherungswissenschaft eingehend beschäftigen wollen. Auch der Versicherungspraktiker wird in dem fast 60 Seiten umfassenden Abschnitt über Bevölkerungsstatistik manche Anregung finden, zumal *Ballod* als Mitglied des Preußischen Statistischen Landesamts bekanntlich die neue preußische Sterbetafel bearbeitet hat. Ein Fehler des Buches liegt zweifelsohne in der Vermeidung der Angabe fast aller Literatur- und Quellennachweise, kein Vorzug des Buches ist auch die Verwendung ungewöhnlicher Abkürzungen.

Berlin. Dr. A. Manes.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis bis Anfang April 1914 erschienener Schriften auf dem Gebiet des gesamten Versicherungswesens.

Die mit * bezeichneten Schriften sind in der Bibliothek des »Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft« enthalten.

I. Bücher
und Sonderabzüge.

*Agnel, Corny et Dujon. Manuel général des assurances ou guide pratique des assureurs et assurés. Assurances contre les accidents, agricoles, l'incendie, sur la vie, contre le vol etc. 5. Edition. Paris 1913.

*Amerika. Workmen's compensation. Report upon operation of state laws. Washington 1914.

*Arbeitslosenunterstützung in Reich, Staat und Gemeinde. Denkschrift. 2. Auflage. Berlin 1914.

*Brandis und Prigge. Gewerbe- und landwirtschaftliche Unfallversicherung. 2. Auflage. Berlin 1914.

*Brepohl. Die öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungen und der Deutsche Reichstag. Bericht über die Verhandlungen der Plenarsitzung vom 13. 11. 1914. Wiesbaden 1914.

*Brüders. Seeversicherungsjahrbuch 1914. Hamburg 1914.

Castel. Les Sociétés de secours mutuels et les retraites ouvrières. Paris 1913.

*Dersch. Die versicherungspflichtigen Berufsgruppen des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Erweiterter Sonderabdruck. Berlin 1914.

*Deutsche Vereinigung für Internationales Recht. Der Krieg und die Privatschuldverhältnisse. Sten. Bericht. Kiel 1914.

v. Döhren. Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer in der Seeversicherung. Diss. Erlangen 1913.

*Dublin. An experiment in the compilation of mortality statistics. New York 1913.

*Dublin. Possibilities of reducing mortality at the higher age groups. New York 1913.

Eckardt. Die Reichsversicherungsordnung nebst entsprechenden Rechenaufgaben. Nürnberg 1914.

Félix. Les retraites ouvrières et paysannes. Etude de l'organisation administrative et financière. Paris 1913.

*Frankel. Conservation of life by life companies. New York 1913.
*Frankel. How Insurance companies can help housing. Boston 1913.
*Frankel. Insurance companies and public health activities. New York. 1913.
*Frankel. Popularizing health conservation. St. Paul 1913.
*Frankel. The influence of private life insurance companies on tuberculosis. New York 1913.
*Fratzscher. Das örtliche Viehversicherungswesen im Königreich Preußen. (Veröffentl. d. kgl. preuß. Landes-Ökonomie-Kollegiums.) Berlin 1914.
*Fratzscher. Landwirtschaftliche Versicherung. Hagel- und Viehversicherung. (V. Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes.) Berlin 1914.
*Gaillard. L'assurance au mariage et l'assurance de natalité. Paris 1913.
*Girard, Delcarde, Gomont, Murcier, Fleury et Picquet. La carrière des assurances. Recueil des conférences données en 1912/1913 à la mairie du IX. arrondissement. Paris 1913.
*Henne. Einführung in die Beurteilung der Gefahren bei der Feuerversicherung von Fabriken und gewerblichen Anlagen. II. Auflage. Berlin 1914.
*Herzfelder. Haftpflichtversicherung. (IV. Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes.) Berlin 1914.
*Horster. Die Rechtsstellung der Mitglieder bei der Auflösung von Werkpensionskassen. In.-Diss. Berlin 1914.
*Jahrbuch der Arbeiterversicherung. von Götze-Schindler. 1914. Teil I, II, III. 26. Jahrgang. Berlin 1914.
*Jahrbuch für die öffentlichen Feuerversicherung-Anstalten in Deutschland. 6. Band. Kiel 1914.
*(Jansen) Landbouw en Levensverzekering. Rotterdam 1913.
*Jastremsky. Das Studium der Evolution der Sterblichkeit mit Hilfe der Dispersionsmethode (russisch). Petersburg 1913.
*Journal of the Chartered Insurance Institute 1912, 1913. London.
*Italien. Il Monopolio delle Assicurazioni sulla Vita Parte I Atti parlamentari. Rom 1913.
*Kaufmann. Zur Geschichte der deutschen Arbeiterversicherung, ihre Ziele und Erfolge. (In ungarischer Sprache.) Budapest 1914.
*Krankenversicherung der Dienstboten in Berlin und den Vororten. Berlin 1914.
Leisen. Tabelle zum Reichsversicherungsgesetz für Angestellte. Leipzig 1914.
*Loewy. Grundlagen der Krankenversicherung. Sonderabdruck. Freiburg 1914.
Losch. Invalidenrenten-Berechnungs-Tabelle der Lohnklassen usw. Königsberg 1914.
Mattcke. Die Kassen- und Buchführung der Krankenkassen in gedrängter Form. Berlin 1913.
*Medico-Actuarial Mortality Investigation. Vol. IV. New York 1914.
*Mueller. Anlage und Verwaltung der Kapitalien privater Versicherungsunternehmungen. (VI Band der Versicherungs-Bibliothek von Manes). Berlin 1914.
*Ostpreußische Generallandschaftsdirektion. Bericht des Generallandschaftsdirektors an das Plenarkollegium der ostpreußischen Landschaft über den Kampf um die Volksversicherung. Königsberg 1914.
Otis. Manual of liability insurance; rules and rates for State of New York. New York 1913.
Pelke. Das neue Recht der eingeschriebenen Hilfskassen. Diss. Erlangen 1913.
*Petzenbürger. Ideal-Wohnstadt nach Berliner Art durch das Preußische Wohnungsgesetz. Bau-Versicherung. Berlin 1914.
*Rademaker. Arbeitslosenversicherung und Sparkassen. Hannover 1914.
*Rehm. Die Bilanzen der Aktiengesellschaften usw. II. Auflage. München 1914.

Reinhard. Ausland und Ausländer nach der sozialen Reichsversicherung. Diss. Greifswald 1913.

Rentenaufhebungen bei Unfallverletzten in der Textilindustrie nach eingetretener Gewöhnung. 2 Hefte. 2. Auflage. Herausg. von der sächsischen Textil-Berufsgenossenschaft in Leipzig. Leipzig 1914.

*Report First, on the proceedings of the board of trade under part. II. of the National Insurance Act, 1911, with appendices. London 1913.

*Riedel. Die neuen vierprozentigen Rechnungsgrundlagen der Allgemeinen Pensionsanstalt für Angestellte. Triest 1914.

*Rubinow. Social insurance. London 1913.

*Sammlung von Materialien, betreffend die Entwicklung der Gesetzgebung über die Versicherung des verbrennlichen unbeweglichen Eigentums in Hamburg. I. Nachtrag. Umfassend die Jahre 1891 bis 1912. Hamburg 1913,

*Schlottmann. Wie gelangt ein Unfallverletzter zu einer Entschädigung? Berlin 1914.

*Schneider. Die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für Dritte. Sonderabdruck. 1914.

*Soergel. Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts. Jahrgang 1913. Berlin 1914.

*Sozialversicherungskalender, Deutscher, für das Jahr 1914. 1. Jahrgang. Herausgeber: Kohlrausch. Hannover 1914.

*Tappert. Die Entwicklung des Brandversicherungswesens in Thüringen. Bd. 2 der Veröffentl. der Gesellschaft für feuerversicherungsgeschichtliche Forschung. Hannover 1914.

*Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland. Bericht des Vorsitzenden des Verbandes öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland an das Königlich Preußische Staatsministerium über die Errichtung öffentlicher Lebensversicherungsanstalten. Berlin 1914.

Vermorel. L'assurance contre la grêle. Paris 1913.

*Warenghien. L'assurance contre le vol en france et à l'étranger. Paris 1913.

*Whitney. A theory of sub-standard lives. New York 1912.

Widiez. Les étrangers dans les lois sur les accidents de travail et les retraites ouvrières. Paris 1913.

Williams. The fire insurance contract; with legal decisions. San Francisco 1914.

*Württemberg. Entwurf eines Gebäudebrandversicherungsgesetzes nebst Anträgen dazu und Bericht. Stuttgart 1913.

Allgemeine Schriften.

*Akademie für kommunale Verwaltung zu Düsseldorf. Verzeichnis der Vorlesungen. Sommersemester 1914. Düsseldorf 1914.

*Asiatisches Jahrbuch 1913. Berlin 1913.

*Ballod. Grundriß der Statistik, enthaltend Bevölkerungs-, Wirtschafts-, Finanz- und Handels-Statistik. Berlin 1913.

*Bendix. Das Problem der Rechtssicherheit. Berlin 1913.

*Borght, van der. Der preußische Wohnungsgesetzentwurf. Berlin 1914.

*Börsen-Kalender, Deutscher und Effekten-Handbuch 1914. Frankfurt a. M. 1914.

*Butler. Der internationale Geist. Heft 1 der Veröffentlichungen des Verbandes für internationale Verständigung. Stuttgart 1912.

*Comité maritime international. Bulletin Nr. 39. Conférence de Copenhague, Mai 1913. Anvers 1913.

*Dublin. The full-time health officer and rural hygiene. New York 1913.

*Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen. Neue Folge. 32 Band. Leipzig 1913.

*Frankel. Corporate welfare work. New York 1913.

*Frankel. Education of school children in the principles of hygiene. New York 1913.

*Frankel. Occupational Hygiene. New York 1913.



*Frankfurter Wirtschaftsbericht für das Jahr 1913, erstattet von der Handelskammer zu Frankfurt a. M. Frankfurt 1914.
*Fried. Der Weg zum Weltfrieden im Jahre 1913. Berlin 1913.
*Generalregistr zum 71. bis 80. Bande der Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen. Leipzig 1913.
*Gerhard. Die geltenden Preußischen Gesindeordnungen. Bd. 1. 2. Aufl. Berlin 1914.
*Görnandt. Zur Entwicklung des Bodenreformgedankens in Deutschland Heft 1 der Bodenpolitischen Zeitfragen. Berlin 1914.
*Handelshochschule Berlin. Bericht über das 6. Studienjahr. Oktober 1912/13. Berlin 1913.
*Handelshochschule Berlin. Amtliches Verzeichnis der Vorlesungen und Übungen. Sommer-Semester 1914. Berlin 1914.
*Handelshochschule Cöln, Städt. Amtliches Personalverzeichnis für das Winter-Semester 1913/14. Cöln 1913.
*Handelshochschule Cöln. Vorlesungsverzeichnis für das Sommer-Semester 1914. Cöln 1914.
*Handelshochschule Leipzig. Verzeichnis der Vorlesungen im Sommer-Semester 1914. Leipzig 1914.
*Handelshochschule Mannheim. Vorlesungsverzeichnis Sommer-Semester 1914. Mannheim 1914.
*Handelshochschule München. Vorlesungen und Übungen im Sommer-Semester 1913.
*Handelshochschulkurse, Königsberger. Vorlesungsverzeichnis für das Sommerhalbjahr 1914. Königsberg 1914.
*Hausbesitzer und Bodenreform. 6 Vorträge auf dem Ostdeutschen Hausbesitzertag am 19. und 20. Oktober 1912 in Posen. Spandau 1913.
*Hesse. Mehr staatsbürgerliche Erziehung. Charlottenburg 1913.
*Hochschule, Cölner, für kommunale und soziale Verwaltung. Vorlesungsverzeichnis für das Sommer-Semester 1914. Cöln 1914.
*Hoffman. The statistical experience data of the Johns Hopkins Hospital, Baltimore, 1892 bis 1911. Baltimore 1913.
*Hofmann. The menace of cancer. New York 1913.
*Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses. VIII. Jahrgang. Hannover 1914.
*Jahrbuch des Vereins junger Kaufleute 1913/14. Berlin 1914.
*Jahresbericht der Handelskammer zu Berlin für 1913. I. Teil. Berlin 1913.
*Jastrow. Sein und Sollen oder die Frage nach der wissenschaftlichen Berechtigung praktischer Nationalökonomie. Berlin 1914.
*Kollmann. Die Schiedsgerichte in Industrie, Gewerbe und Handel. Berlin 1914.
*Nestriepke. Das Koalitionsrecht in Deutschland. Gesetze und Praxis. Berlin 1914.
*Nippold. Die auswärtige Politik und die öffentliche Meinung. Heft 2 der Veröffentlichungen des Verbandes für internationale Verständigung. Stuttgart 1912.
*Nußbaum. Deutsches Hypothekenwesen. Tübingen 1913.
*Salomon. Einführung in die Volkswirtschaftslehre. Ein Lehrbuch für Frauenschulen. Berlin 1913.
*Schriften des deutschen volkswirtschaftlichen Verbandes. Band III. Erste Reihe. Volkswirtschaftliche Streitfragen. Vorträge und Diskussionen. Berlin 1910.
*Schriften des Schutzverbandes für Deutschen Grundbesitz. Heft 13. Stadt und Land — Hand in Hand. Stenographischer Bericht der Delegiertenversammlung vom 11. November 1913 in Berlin. Berlin 1913.
*Schriften des Schutzverbandes für Deutschen Grundbesitz. Heft Nr. 14. Denkschrift zum preußischen Kommunalabgabengesetz. Berlin 1914.
*Schücking. Die wichtigsten Aufgaben des Völkerrechts. Heft 3 der Veröffentlichungen des Verbandes für internationale Verständigung. Stuttgart 1912.

*Schwedtman. Safety to our workers. 1912.
*Statistisches Jahrbuch für das Königreich Sachsen. 41. Jahrgang. 1913. Dresden 1913.
*Taussig. Das Zolltarifgesetz der Vereinigten Staaten von 1913. Berlin 1914.
*Transactions of the fifteenth international congress on Hygiene and Demography. Washington 1912. Washington 1913.
*Wagner. Bedeutung der Sterbekassen. 1913.
*Warneyers Jahrbuch der Entscheidungen. A. Zivil-, Handels-, Prozeßrecht. 12. Jahrgang 1913. Leipzig 1914.
*Warneyers Jahrbuch der Entscheidungen. B. Strafrecht und Strafprozeß. 8. Jahrgang 1913. Leipzig 1914.
*Wesen der Bodenreform. Berlin 1914.

II. Zeitschriften.

*Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 4 bis 7.) Weber: Müssen Unfälle nervöse Folgen haben? — Knepper: Warum muß die Frage nach dem Zeitpunkte des Eintritts der Invalidität ärztlicherseits stets beantwortet werden? — Kochler: Zur Unfallkasuistik. — Stenger: Über die Sachverständigen-Begutachtung von Kopfverletzungen. — Liniger: Lehrreiche Fälle aus der Unfallpraxis. — Franck: Die Einbeziehung bestimmter gewerblicher Berufskrankheiten in die staatliche Unfallversicherung gemäß § 547 RVO.

*Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. (Berlin, 30. Jahrgang, Nr. 1.) Nachweisung über die gesamten Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften usw. für das Jahr 1912. — Nachweisung über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der auf Grund der Reichsversicherungsordnung bestehenden Versicherungsanstalten und Sonderanstalten für das Geschäftsjahr 1912.

*Annalen des gesamten Versicherungswesens. (Leipzig, 45. Jahrgang, Nr. 6 bis 12.) Günther: Die Transportversicherung in Verbindung mit anderen Versicherungsarten. — Wehberg: Deutsche Angriffe gegen eine Bestimmung des englischen Versicherungsrechts.

*Arbeiter-Versorgung. (Berlin, 31. Jahrgang, Nr. 5 bis 10.) Sonderhoff: Die Überleitung der bestehenden Kassenverbände in das neue Recht. — Heidecker: Die Kosten eines ärztlichen Gutachtens im Einspruchsverfahren der §§ 1591 ff. RVO. — Banzhaf: Die neue Rechnungsführung der Krankenkassen. — Kleeis: Die Anmeldung der im Wandergewerbe Beschäftigten zur Krankenversicherung. — Hahn: Bemessung der Kassenbeiträge für sechs oder für sieben Wochentage? — Pfannkuchen: Gehört das Wochen- und Schwangerengeld zu den Kassenleistungen im Sinne der §§ 313 Abs. 2 und 189 RVO.? — Olshausen: Einige Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung. — Schlenther: Nochmals: Die Zurückweisung von Rentensachen an die Landesversicherungsanstalt. — Kleeis: Die Einführung der Arbeiterversicherung in Rußland. — Kurtzig: Das Einspruchsverfahren der Unfallversicherung. — Astfalck: Die Behandlung der Erstattungsansprüche auf § 50 KVG. nach dem 1. Januar 1914.

*Archiv für Bürgerliches Recht. (Berlin, 40. Band, Heft 1.) Kisch: Die Schutzfähigkeit des Versicherungsinteresses. — Schneider: Die Verantwortlichkeit des Versicherungsnehmers für Dritte.

*Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik. (Tübingen, Band 38, Heft 1.) Michels-Lindner: Die italienische Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung.

*Archiv für Versicherungswirtschaft. (Berlin, 8. Jahrgang, Nr. 6 bis 13.) Ist der Rechtsweg gegenüber den Provinzial-Lebensversicherungsanstalten zulässig? — Die Lebensversicherungsgründung des Bayerischen Volksschullehrervereins. — Nettokostenaufstellungen. — Zur Reichsstempelabgabe. — Öffentlichkeit der Rechnungslegung und die Provinzial-Lebensversicherung. — Wieprecht: Zweck und Bedeutung der Haftpflichtversicherung.



*Betriebskrankenkasse. (Essen, 7. Jahrgang, Nr. 3 bis 6.) Die Ausführungsbestimmungen zu dem Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten. — Zur Durchführung des Einigungsabkommens. — v. Frankenberg: Krankenversicherung und Militärdienst.

*Deutsche Juristen-Zeitung. (Berlin, 19. Jahrgang, Nr. 4 bis 7.) Rosin: Zwei Gesetzgebungsfehler in der Reichsversicherungsordnung. — Gundlach: Über Schadenshaftung. — Zeyß: Ein weiterer Gesetzgebungsfehler in der Reichsversicherungsordnung.

*Deutsche Krankenkassen-Zeitung. (Berlin, 14. Jahrgang, Nr. 4 bis 9.) Preußischer Regierungserlaß über Krankenkassenbeamte.

*Deutsche Versicherungspresse. (Berlin, 42. Jahrgang, Nr. 6 bis 13.) Sommer: Die staatliche und private Unfallversicherung. — Hall: Der Umfang der deutschen Lebensrückversicherung. — Über den Zeitpunkt der Leistungspflicht des Versicherers. — Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. — Die Winterkosten in der Transport-Versicherung. — Die Reform des Gesetzes über die Beschlagnahme des Arbeits- und Dienstlohnes. — Provisionsverlustversicherung. — Unfallversicherung und Schulkinder. — Die Erwerbsinteressen der privaten Lebensversicherungsgesellschaften im Lichte der Wahrheit.

*Deutsche Versicherungs-Zeitung. (Berlin, 55. Jahrgang, Nr. 11 bis 25.) Begünstigungsverträge und Prämienschleuderei. — Neuberatung des württembergischen Gebäudebrandversicherungs-Gesetzes. — Sturmflutschäden und deren Versicherung. — Kriegsversicherung. — Verband öffentlicher Lebensversicherungs-Anstalten in Deutschland. — Brandis: Unfälle des täglichen Lebens in der Arbeiterversicherung. — Die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung in Bayern. — Das Feuerversicherungsgeschäft im Jahre 1913.

*Deutsche Wirtschafts-Zeitung. (Berlin, 10. Jahrgang, Nr. 4 bis 6.) Ziese: Arbeitslosenversicherung. — Kumpmann: Das Problem der Arbeitslosenversicherung in Deutschland.

*Handel und Industrie. (München, 23. Jahrgang, Nr. 1157 bis 1163.) Versicherungswesen und Volksvermögen. — Abonnentenversicherung und Assekuranz. — Begriff des Unfalls und Ersatzpflicht der Versicherungsgesellschaft. — Zwangsoperation bei Unfall- und Haftpflichtschäden.

*Leipziger Zeitschrift für Deutsches Recht. (München, 8. Jahrgang, Nr. 4 bis 7.) Ritter: Vorsätzliche Verursachung eines Schadens durch den Versicherungsnehmer. — Petersen: Kann bei der Haftpflichtversicherung das Kündigungsrecht des Erwerbers durch den Versicherungsvertrag ausgeschlossen werden? — Bauchwitz: Gerichtliche Geltendmachung abgelehnter Versicherungsansprüche.

*Masius' Rundschau. (Leipzig, 26. Jahrgang, Heft 2.) Hall: Die Technik der Lebensrückversicherung. — Die Geschäftsergebnisse der deutschen Aktien-Gesellschaften im Versicherungsgewerbe. — Versicherungswesen in Japan.

*Mitteilungen für die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. (Kiel, 46. Jahrgang, Nr. 3 bis 6.) Josef: Bemerkungen zum Wirksamwerden von Willenserklärungen und Anzeigen im Versicherungsverkehr. — Kirchner: Einiges aus der Glasversicherung. — Grelich: Die Daseinsberechtigung der Versicherung gegen Veruntreuungen. — Karl: Feuerlöschvorkehrungen für Baumwollspinnereien. — Barth: Aus der Provinz Hannover. — Heine: Zum Rücktritt des Versicherungsnehmers nach eingetretenem Versicherungsfall. — Leder: Die Verwaltungsergebnisse der deutschen öffentlichen Feuerversicherungsanstalten im Jahre 1912. — Hellwig: Der Abschluß des Versicherungsvertrages bei den öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. — Rehm: Die Zulässigkeit von Ein- und Austrittsgeldern bei Versicherungsvereinen a. G. — Lewin: Welche Organisationsmaßnahmen sind im Fabrikbetrieb erforderlich zur buchmäßigen Bestimmung der Vorräte und Bestände am Brandtage?



*Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung. (Berlin, 2. Jahrgang, Heft 1 bis 3.) Die Neuorganisation der Krankenversicherung in den deutschen Bundesstaaten. — Hoffmann: Die Organisation in Preußen. — Metz: Die Organisation in Bayern. — Wittmaack: Die Organisation im Königreich Sachsen. — Schäffer: Die Organisation in Württemberg. — Franz: Die Organisation in Baden. — Graef: Die Organisation im Großherzogtum Hessen. Nelken: Die Organisation in Elsaß-Lothringen. — Sonderhoff: Die Organisation in Hamburg. — Lürman: Die Organisation in Bremen. — Storck: Die Organisation in Lübeck. — Rosin: Prämiendurchschnittsverfahren und Anwartschaftsdeckung. — Loewy: Nachwort dazu. — Bellom: Gegenwärtiger Stand der gegenseitigen Hilfskassen in Frankreich. — Bassenge: Die berufsgenossenschaftlichen Angestellten. — Klein: Statistik. — Hering: Gesetze, Verordnungen, amtliche Bekanntmachungen. — Brunn: Über die Entrichtung des Pauschbetrags für die Spruchsachen vor den OVA. — Hanow: Aufsicht über die Krankenkassen. — v. Geldern: Ist für die einer Ortskrankenkasse angehörigen Dienstboten eine niedrigere Bemessung der Beiträge nach § 384 RVO. zulässig? — Gamer: Zur Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden. — Bruck: Zu dem Rechte der Ersatzkassen in der Angestelltenversicherung.

*Reichsarbeitsblatt. (Berlin, 12. Jahrgang, Nr. 2.) Die Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs 1912 und 1885/1912. — Die Neuorganisation der Krankenversicherung. — Die Krankenversicherung in den Knappschaftskassen und -vereinen im Jahre 1912.

*Saski'sche Zeitschrift für das Versicherungswesen. (Leipzig, 50. Jahrgang, Nr. 5 bis 11.) Die deutsche Hagelversicherung im Jahre 1913.

*Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. (Leipzig, 23. Jahrgang, Nr. 20 bis 27.) Arbeitslosigkeit und ihre Bekämpfung. — Die deutsche Arbeiterversicherung im Jahre 1912. — Neue Friedensverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen. — Öffentliche Arbeitslosenversicherung in Bayern. — Gaebel: Unstimmigkeiten bei der Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

*Sozialistische Monatshefte. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 3 bis 6.) Umbreit: Die neuen Methoden der Arbeitslosenversicherung. — Poetzsch: Die internationalen Verbindungen der deutschen Arbeitgeber-, Angestellten- und Arbeiterverbände.

*Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 7.) Hanauer: Die Krankheitsverhütung in der RVO. — Mattutat: Die Pensions- und Unfallfürsorge der württembergischen Körperschaftsbeamten. — Casartelli-Cabrini: Die Durchführung der staatlichen Mutterschaftsversicherung in Italien.

*Wallmanns Versicherungs-Zeitschrift. (Berlin, 48. Jahrgang, Nr. 50 bis 74.) Der Entwurf des Luftverkehrsgesetzes. — Der Hypothekenverkehr der deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1913. — Die Kurse der an der Berliner Fondsbörse zugelassenen Aktien der deutschen Versicherungs-Aktiengesellschaften im Januar 1914. — Beweispflicht des Versicherungsnehmers, daß ein Einbruchsdiebstahl vorliegt. — Beschädigung von Waren durch Selbstentzündung auf dem Transport. — Liegt eigenes Verschulden vor? — Die Versicherung von Glaswarentransporten und die Spediteure. — Das neue dänische Gesetz betreffend Aktien-Gesellschaften. — Feuerversicherung: Hannoversche Verordnung vom Jahre 1828. — Über die Lage des ungarischen Feuerversicherungs-Geschäftes. — Die Waldbrände in Preußen während der Jahre 1910 und 1911. — Schweizer: Was ist unter wesentlichem Bestandteil eines Grundstückes zu verstehen?

*Wirtschaft und Recht der Versicherung. (Kiel, 46. Jahrgang, Nr. 3 bis 4.) Cuno: Die Reichsabgabe von Versicherungen nach dem Reichsstempelgesetz vom 3. Juli 1913. — Hammer: Posthaftpflicht und Schadensversicherung.

*Zeitschrift für Versicherungsmedizin. (Leipzig, 7. Jahrgang, Nr. 1 bis 3.) Graßmann: Gehirnblutung bei „betriebsüblicher" Arbeit als Unfallfolge. — Tegele: Die Wichtigkeit der Obduktion für Berufsgenossenschaft. — Reichardt: Über die Folgen psychischer Vorgänge auf Körper und Seele. — Mertins: Die Mitwirkung des Arztes bei der Schadenregulierung in der privaten Unfallversicherung. — Rumpf: Versammlung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Versicherungsmedizin in Düsseldorf am 2. November 1913. — Gruber: Ein Beitrag zur Frage der Beurteilung der Lungentuberkulose als eventueller Unfallfolge.

*Zeitschrift für Versicherungswesen. (Berlin, Jahrgang 1914, Nr. 6 bis 13.) Unfallversicherung und § 183 VVG. — Josef: Privatrechtliche Versicherungspflicht. — Können bei Verstaatlichung der Versicherung ausländische Gesellschaften eine Vorzugsstellung vor den nationalen Gesellschaften beanspruchen? — Epstein: Die Vererblichkeit des Schmerzensgeldes und die Versicherungs-Gesellschaften. — Ein neuer Vorschlag zur gesetzlichen Regelung der Konnossementsklauseln in Frankreich.

*Zentralblatt der Reichsversicherung. (Frankfurt a. M., 10. Jahrgang, Nr. 4 bis 7.) Fuld: Rechtliche Bemerkungen zu dem Abkommen zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft. — Kleeis: Die Aufgaben der Kassenverbände und Kassenvereinigungen nach der RVO. — v. Pfuhlstein: Zur Feststellung des Beginnes der Invalidenrente. — Berthold: Das Stimmrecht des vom Versicherungsamt bestellten Vertreters des Krankenkassenvorsitzenden. — Full: Rechtsprechung und Zuständigkeit zur Entscheidung über ärztliche Honorarforderungen gegen Berufsgenossenschaften. — Rosin: Die Beitragshaftung zahlungsunfähiger Arbeitgeber. — Schumann: Streitfragen aus dem Sozialversicherungsrecht. — Schlottmann: Das Krankengeld der Hausgewerbetreibenden. — Stier-Somlo: Rechtsfragen des Übergangszustandes in der Krankenversicherung der RVO. — Mattcke: Die Buchführung der Krankenkassen. — Seelmann: Die Krankenversicherung der Aufwärterinnen. — Breme: Wer kann der von der Kasse angeordneten Krankenhauspflege widersprechen? — Keidel: Über Krankenhauspflege für Rechnung von Krankenkassen. — Moldenhauser: Die Abfindung unfallverletzter Inländer.

*National-Ökonom. (Wien, 27. Jahrgang, Nr. 4 bis 10.) Iranyi: Die öffentlichen Feuerversicherungs-Gesellschaften in Deutschland im Jahre 1912. — Hall: Zur Geschichte der deutschen Lebensrückversicherung. — Die österreichisch-ungarischen Lebensversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1913. — Die deutsche Transportversicherung im Jahre 1913. — Die Produktion der deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1913.

*Österreichische Revue. (Wien, 39. Jahrgang, Nr. 6 bis 12.) Brämer: Über die Vermehrung der Schadenbrände. — Darlehen gegen Lebensversicherung. — Grohmann: Die Stellung des Lebensversicherungsarztes der Skrofulose und Tuberkulose gegenüber. — Blumhardt: Doppelversicherung und mittelbare Versicherung. — Das deutsche Versicherungswesen unter Kaiser Wilhelm II. — Loew: Steuer- und Gebührenfragen des österreichischen Versicherungswesens. — Der deutsche Entwurf eines Luftverkehrsgesetzes. — Provinziale Besteuerung der Lebensversicherung in Österreich. — Unfried: Das Regreßrecht des Betriebsunternehmers gegen die Berufsgenossenschaft im Falle des § 577 RVO. — Pichler: Besteuerung der außerordentlichen Schadenreserve. — Zur Reform der Prämieneinziehung in Österreich. — Zur Situation der Haftpflichtversicherung in Deutschland.

*Versicherungsfreund. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 4 bis 9.) Epstein: Die Vererblichkeit des Schmerzensgeldes und die Versicherungsgesellschaften.

*Arbetarskyddet. (Stockholm, Jahrgang 1914, Nr. 2 bis 3.) Tredje Nordiska Arbetarförsäkringsmötet i Kristiania. — Broberg: Om

avgiftsplikt samt garantier mot och påföljder av underlatenhet att ullgöra densamma. — Det tredje nordiska arbetarförsäkringsmötel i Kristiania den 19.—21. februari 1914.

*Verzekeringsbode, De. (Rotterdam, 33. Jahrgang, Nr. 19 bis 26.) Het wetsontwerp op het Bedrijf. — Jong: Methoden van reserveberekening.

*Zonneschijn. (Hilversum, 24. Jahrgang, Nr. 2 bis 3.) Nieuwenhuis: De bestemming der verzekering. — De Jager: Hoe onze levensverzekering-maatschappijen gehuisvest zijn.

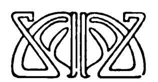
*Bulletin des Assurances Sociales. (Paris, 25. Jahrgang. Nr. 1.) Bourgeois: Etudes internationales.

*Journal of the Royal Statistical Society. (London, Vol. LXXVII, Part. 3, 4.) Dunlop: The fertility of marriage in Scotland: A census study. — Snow: Note on a possible source of fallacy in the interpretation of the census figures relating to the fertility of marriages. — Lehfeldt: The rate of interest on British and foreign investments.

*Transactions of the Faculty of Actuaries. (London, 7. Band, Nr. 1, 2.) Hutton: Inaugural address, session 1913—14. — Fyfe: Female mortality.

*Market World and Chronicle. (New York, 7. Jahrgang. Vol VII, Nr. 5 bis 11.) Robinson: The evolution of industrial life insurance. — Marine insurance in 1913 as viewed in London. — Statements of insurance companies. — The war between public and private insurance in Germany. — Smith: Fire-insurance: Its history, principles and problems, with special reference to existing conditions upon the North American Continent.

*Internationale Agrar-Ökonomische Rundschau. (Rom, 5. Jahrgang, Heft 1 und 2.) Vlieberg: Die landwirtschaftliche Unfallversicherung in Belgien.



Schluß der Redaktion: 15. April 1914.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W30.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW68, Kochstraße 68—71.



Abhandlungen.

Zur Frage der Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung.

Von Regierungsrat Branchart (Berlin).

Daß mit dem weiteren Ausbaue der sozialen Versicherung eine Vermehrung der Ausgaben und damit auch eine Erhöhung der Leistungen durch die Unternehmer notwendig erfolgen mußte, kann nicht geleugnet werden. Wenn aber die Unternehmer, im besonderen diejenigen aus den Kreisen der Industrie, in der Klage über die Last, die ihnen durch die Arbeiterversicherung auferlegt worden ist, behaupten, daß die Industrie in bezug auf die Kostendeckung zum Teil schon die Grenze der Leistungsfähigkeit überschritten habe, so ist die Berechtigung einer solchen Auffassung nicht anzuerkennen. In Wort und Schrift sind die Klagen hierüber im letzten Jahrzehnt immer vernehmlicher geworden und versteigen sich zu der Behauptung, daß die Industrie jetzt durch die ihr aufgebürdete vermehrte Last an dem Punkte angekommen sei, der der Belastungsprobe in bezug auf die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmers gegenüber dem Auslande nicht mehr Stand halten könne. Da neuerdings diese Behauptungen teilweise auch durch bestimmte Tatsachen und statistische Aufstellungen gestützt werden, so erscheint die Nachprüfung dieser Angaben und Zahlen auf ihre Richtigkeit zweckmäßig.

Es sind im besondern aus den Kreisen von Unternehmern der kleinen und mittleren Betriebe Klagen geführt worden über die Höhe der Kosten, die die Unfallversicherung den Arbeitgebern auferlegt. Diese Klagen hat man zu begründen versucht durch den Hinweis auf die große Zahl der anläßlich der Einziehung der Beiträge vorgekommenen Zwangsvollstreckungen.

Eine Untersuchung dieser Frage bei einzelnen Berufsgenossenschaften (namentlich des Baugewerbes) hat ergeben, daß die Zahlen der Zwangsbeitreibungen, Konkurse und Subhastationen, bei denen diese Versicherungsträger beteiligt waren, in den einzelnen Jahren schwankten und weder eine regelmäßig steigende noch fallende Tendenz zeigten.

Die Zahl der notwendig gewordenen Zwangsbeitreibungen ist allerdings durchweg nicht unerheblich. Demgegenüber ist die Zahl derjenigen Fälle, in denen die Beiträge ausfielen, nur unbedeutend.

Bei der Nordöstlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaft z. B.,



bei der die Verhältnisse zur Zeit namentlich wohl infolge des Darniederliegens des Baumarktes weitaus am ungünstigsten liegen, mußte gegen 55,50 % aller Mitglieder die Zwangsbeitreibung der Beiträge eingeleitet werden, während nur in 1,98 % aller Fälle die Beiträge ausfielen. Schon diese Tatsache beweist, daß aus der zunächst erschreckenden Zahl der Zwangsbeitreibungen allein nicht darauf geschlossen werden kann, daß die Beiträge für die Unfallversicherung die Betriebe in einer nicht mehr zu rechtfertigenden Weise belasten. Die Ursachen der vielen Zwangsbeitreibungen sind auch in den weitaus meisten Fällen in der Gleichgültigkeit, Vergeßlichkeit, vor allem in der Nachlässigkeit der Mitglieder zu suchen. Im übrigen wird für den ungünstigen Verlauf des Umlagegeschäfts die ungünstige Geschäftslage auf allen Gebieten des Wirtschaftslebens verantwortlich zu machen sein. Zum Teil haben auch die ungesunden Geldverhältnisse, die die Mehrzahl der Unternehmer kleinerer Betriebe schwer um die Behauptung ihrer wirtschaftlichen Stellung ringen läßt, Schuld gehabt. Im besondern bei den Unternehmern größerer Baubetriebe ist es auch nicht selten vorgekommen, daß von Mitgliedern mit der Zahlung der Beiträge offenbar deshalb bis zum äußersten Zeitpunkt gezögert wurde, um tunlichst lange im Zinsgenusse des rückständigen Beitrags zu bleiben; denn die Beitreibungskosten, die den Säumigen treffen, sind so gering, daß sie gegenüber einer etwa einjährigen Zinsersparnis nicht erheblich ins Gewicht fallen. Ferner sind die häufigen Ausfälle der Beiträge dadurch verursacht worden, daß Betriebsunternehmer oft mit ganz unzureichenden Mitteln das Unternehmen begründet haben. Sie gerieten sehr bald in Abhängigkeit zu dritten Personen, die schnell zum Untergange des Unternehmers und schließlich zum Ausfall der Beiträge führte. Endlich ist auch darauf hinzuweisen, daß vielfach die Berufsgenossenschaften auch unter jenen zweifelhaften Elementen zu leiden haben, die sich auch sonst im Wirtschaftsleben da und dort breit machen und, um sich der Zahlung der Beiträge zu entziehen oder sie zu hintertreiben, selbst vor betrügerischen Handlungen nicht zurückschrecken. Jedenfalls ist durch die Untersuchungen über die Zahl der Zwangsbeitreibungen nicht der Beweis geführt, daß selbst in den Kreisen der mittleren und der Kleinunternehmer die Aufbringung der Beiträge zur Durchführung der gesetzlichen Unfallversicherung zu Härten und damit zum Rückgang oder gar zum Untergange des Betriebes geführt hat.

Neben der Unfallversicherung, deren Kosten allein von den Betriebsunternehmern zu tragen sind, kommt aber die Kranken-, die Invaliden- und die Hinterbliebenenversicherung, neuerdings auch die kostspielige Versicherung der Angestellten (gemäß dem Gesetze vom 20. Dezember 1911) für die Belastung der Betriebsunternehmer in Betracht. Wenn die Belegung mit den Kosten, die die Durchführung dieser Versicherungszweige vom Unternehmertum erfordert, von diesem als eine Last empfunden wird, die den Unternehmer drückt und hemmend auf den Geschäftsbetrieb — Preisbildung, Absatz, Wettbewerbsfähigkeit und Rentabilität — einwirkt, so ist u. a., wie

mit Recht von *Kaufmann*,[1]) *Zahn*,[2]) *Hitze*,[3]) *Potthoff*[4]) betont wird, darauf hinzuweisen, daß hier von reinen Lasten im strengen Sinne des Wortes nicht gesprochen werden kann, denn mit diesen Ausgaben sind für den Unternehmer erhebliche ideelle und materielle Vorteile verbunden. Für den mittleren und den Kleinunternehmer bedeutet die Arbeiterversicherung seine Selbstversicherung und die Versicherung seiner Angehörigen, die so die gleichen Wohltaten wie die Arbeitnehmer genießen. Ferner werden durch die öffentlich-rechtliche Versicherung die Unternehmer in weitem Umfange frei von einer Haftpflicht, die für sie ihren erkrankten oder verunglückten Arbeitern gegenüber nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch begründet gewesen wäre, und bei der strengen Auslegung der Haftpflichtbestimmungen durch die ordentlichen Gerichte eine gefahrvolle Verantwortung ist und gegebenenfalls ganz andere Geldopfer von ihnen fordern würde, als sie die Arbeiterversicherung ihnen auferlegt. Die Entlastung der Betriebsunternehmer von diesen Schadenersatz- und Haftpflichten ist als Gegenleistung dafür zu setzen, daß sie allein die Kosten für die Durchführung der Unfallversicherung zu tragen haben.

Eine einwandfreie Beweisführung, inwieweit die Sozialversicherung die Industrie im ganzen früher und jetzt ziffernmäßig belastet hat und belastet, ist nicht möglich. Ebenso wenig lassen sich die Vorteile, die die Arbeiterversicherung beiden Teilen, dem Unternehmer und dem Arbeitnehmer, gebracht haben, durch Zahlen angeben. Es können also nicht durch genau ermittelte Zahlen Vor- und Nachteile, die die Arbeiterversicherung der Industrie gebracht hat, gegen einander abgewogen werden. Dies müßte aber geschehen, um die Behauptung aus den Kreisen der Industrie, sie sei durch die soziale Gesetzgebung überlastet, stützen zu können.

Um den Gegenbeweis zu führen, würde es sich darum handeln, festzustellen, daß die von den Unternehmern der Industrie zur Durchführung der Arbeiterversicherung zu leistenden Beiträge angemessene gewesen sind, daher nicht irgendwie auf den Bestand des Unternehmens, die Preisbildung der Erzeugnisse, ihren Absatz im In- und Ausland einen merkbaren Einfluß auszuüben vermochten.

Es ergibt kein klares Bild, wenn *Steller*[5]) die Lasten der sozialen Gesetzgebung in ein relatives Verhältnis zum Reingewinne des Unternehmens bringt. Die Verkaufspreise der industriellen Erzeugnisse, von denen die Gewinne abhängig sind, regeln sich nach Angebot und Nachfrage, nach den Werten der verwendeten Rohprodukte usw., kurz, nach wirtschaftlichen Motiven. Die Gewinne würden sich, wenn die sozialen Lasten nicht beständen, nicht ohne weiteres um den

[1]) Dr. *Kaufmann*, Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiter-Versicherung, S. 7 bis 8. Berlin 1912. Julius Springer.

[2]) *Zahn*, Belastung durch die deutsche Arbeiter-Versicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1912, S. 1137 ff.

[3]) *Hitze*, Würdigung der deutschen Arbeiter-Sozialpolitik 1913, S. 98 ff.

[4]) *Potthoff*, Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherung? Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 137. Bd., 4. Teil, S. 281.

[5]) *Steller*, Das Übermaß der öffentlichen Lasten der Industrie in Deutschland. Preußische Jahrbücher, 144. Bd., S. 107. Cöln 1910.

Über

wie hoch sich in den Jahren 1900, 1905, 1910 und 1912 die Ausgaben für Arbeiter-
(Umsatz) und zum Aktien-

Gegenstand des Unternehmens	Kranken-, Unfall- und Invaliden ohne Wohlfahrtseinrich							
	Es wurden gezahlt vom							
	der gezahlten Löhne				des Warenverkaufswerts (Umsatz)			
	1900	1905	1910	1912	1900	1905	1910	1912
1. Lederfabrik	2,62	3,49	3,3	3,56	.	.	.	.
2. Farbenfabriken	3,6	3,05	3,25	2,83	.	.	.	.
3. Maschinenfabrik	2,96	3,61	3,84	3,80	0,92	0,87	0,98	0,87
4. Werkzeug-Maschinenfabrik	2,4	2,9	3,2	3,8	1,8	0,8	1,1	1,1
5. Brauerei	2,5	3,4	3,6	3,4	0,8	0,7	0,7	0,6
6. Maschinenfabrik	2,54	4,64	3,92	3,67	0,6	1,2	1,05	0,93
7. Portlandzementwerke	2,8	4,6	4,9	4,3	.	1,1	0,9	0,9
8. Baumwoll-Spinnerei und -Weberei	2,3	2,8	2,8	2,7	0,6	0,6	0,7	0,7
9. Anilin- und Sodafabrik	1,81	2,47	2,88	2,29	.	.	.	.
10. Farbwerke	2,20	3,00	3,13	2,91	.	.	.	.
11. Gußstahlfabrik	1,96	3,23	3,42	3,62	.	.	.	.
12. Bergbau und Hüttenbetrieb	3,04	4,35	5,94	5,87	0,61	0,83	1,45	1,38
13. Groß-Maschinenfabrik	2,5	4,1	3,6	3,7	0,71	1,30	1,29	1,18
14. Baumwollspinnerei	1.6	2,4	2,5	2,46	0,25	0,33	0,34	0,32
15. Mechanische Baumwollspinnerei u. Weberei	2,5	2,6	3,2	3,2	0,4	0,5	0,7	0,6
16. Meierei	.	.	.	2,14	.	.	.	0,41
17. Maschinenbauanstalt und Eisengießerei	.	.	.	.	.	.	.	.
18. Gasmotorenfabrik	2,40	3,33	2,98	2,67	0,67	0,99	0,78	0,72
19. Spinnerei	2,53	2,59	3,06	3,61	0,52	0,52	0,74	0,79
20. Pulverfabriken	4,93	6,01	4,70	3,95	0,58	0,57	0,39	0,34
21. Elektrizitätswerke	.	2.8	2,7	2,5	.	.	.	.
22. Schokoladefabrik	3,23	4,20	4,48	4,91	0,48	0,63	0,65	0,75
23. Schreib- und Kontorbedarfsartikel	2,07	2.80	3.20	2,67	0,33	0,41	0,45	0.44
24. Schiffsbauwerft	2,86	4,00	4,14	3,73	.	.	.	.
25. Bergwerksvereinigung	3,30	5,24	5,25	4,68	1,50	2,75	2,51	2,21
26. Desgl.	3,36	5,41	5,44	4,75	1,48	2,53	2,41	2,06
27. Groß-Maschinenfabrik	3,94	4,36	4,28	3,61	0,33	0,90	0,75	0,79
28. Fabrik explosiver Stoffe	5,10	6,89	6,46	5,65	0,42	0,68	0,76	0,62
29. Groß-Maschinenfabrik	3,54	4,85	6,94	5,80	0,83	1,14	1,25	1,10

Zu lfd. Nr. 12. Die Firma bemerkt noch, daß sie nur die laufend zu machen-
dagegen die sich auf Millionen laufenden Beträge, die zur Gründung der Ein-

dafür aufgewendeten Betrag erhöhen;[6]) „die Kurven der Rentabilität verlaufen unabhängig selbst von der stärksten Sozialbelastung, ihr Auf und Ab entspricht nachweisbar den Veränderungen des Marktes und der wirtschaftlichen Struktur des Unternehmens“.[7])

Eine einigermaßen klare Vorstellung der sozialen Gesamtbelastung wird gewonnen, wenn man die Höhe der Lasten zu den

---

[6]) So auch *Herkner*, Die öffentlichen Lasten der deutschen Industrie. Preußische Jahrbücher, 142. Bd., S. 542.

[7]) *Lenz* im „Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik“, 37. Bd., 1. Heft.

sicht,

versicherung im Vergleiche zu den gezahlten Löhnen, zum Warenverkaufswert kapital verhalten haben.

versicherung tungen				Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung mit Wohlfahrtseinrichtungen											
Hundert				Es wurden gezahlt vom Hundert											
des Aktienkapitals				der gezahlten Löhne				des Warenverkaufswerts (Umsatz)				des Aktienkapitals			
1900	1905	1910	1912	1900	1905	1910	1912	1900	1905	1910	1912	1900	1905	1910	1912
.	.	.	.	5,09	7,61	6,44	7,06	.	.	.	.	.	.	.	.
1.3	0,78	0,69	0,73	8,27	15,9	16,6	16,8	.	.	.	.	2,96	4,07	3,55	4,32
.	.	.	.	4,28	6,75	6,63	6,80	1,32	1,63	1,70	1,55	.	.	.	.
0.5	0,8	1,2	1,7	5,5	5,5	5,1	6,00	4,2	1,6	1,7	1,8	1,2	1,5	1,8	2,8
0,9	1,3	1,5	1,7	17,7	21,9	21,00	19,5	6,0	4,6	4,4	3,7	6,7	8,9	9,3	9,8
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0,5	0,7	0,6	0,7	3.4	5.9	6,1	5,1	.	1,4	1,1	1,0	0,6	0,9	0,8	0,8
1.6	2,1	2,2	2,2	9.4	9.2	8,5	8,6	2,4	2,0	2,1	2,2	7,0	7,1	7,00	7,00
0,83	1,27	1,25	1,17	9,99	10,87	12,23	15,06	.	.	.	.	4,61	5,60	5,29	7,69
0,54	0,60	0,66	0,79	.	.	16,31	18,79	.	.	.	.	.	.	3,43	5,11
.	.	.	.	9,86	10,25	9,58	25,06	.	.	.	.	.	.	.	.
1,38	1,95	3,19	3,37	3.62	5,61	6,79	6,89	0,73	1.06	1,66	1,62	1,64	2,52	3,65	3,96
.	.	.	.	3.9	6.4	4,7	5,1	1,13	2,06	1.69	1,63	.	.	.	.
.	0,35	0,45	0,47	2,4	6,17	8,1	8,52	0,38	0,86	1,11	1,12	.	0,9	1,45	1,62
1,2	1,4	1,6	1,9	8,8	9,1	10,1	10,1	1,6	1,7	2.1	2.00	4,2	4,9	5,2	5,9
.	.	.	1,11	.	.	.	3,30	.	.	.	0,63	.	.	.	1,72
0.6	0,9	1,2	1,00	.	.	.	.	.	.	.	.	0,9	1,25	1,8	1,5
0.40	0,67	0,68	0,64	5,21	5,76	6,13	6,33	1,44	1,70	1,60	1,71	0,87	1,16	1,40	1,52
0.84	0,98	1,34	1,57	5.18	4,67	5,45	6,00	1,06	0,94	1,31	1,32	1,71	1,76	2,38	2,61
0.39	0.48	0,47	0,52	6,25	8,60	8,00	7,36	0,72	0,80	0,67	0,62	0,50	0,69	0,79	0,96
.	0,41	0,68	0,98	.	9,4	10,0	8,8	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0.39	0,54	0,71	0,79	2,07	3,84	4.95	4,01	0,33	0,55	0,69	0,67	0,39	0,74	1,10	1,19
2,43	2,73	2,48	4,54	3,00	4,47	4,50	3,93	.	.	.	.	2,55	3,04	2,69	4.78
3.50	4,32	3,71	3.72	3,54	5,66	5,63	5,16	1,60	2,97	2,69	2,43	3,75	4,67	3,98	4,10
2,12	2,94	3,72	4,23	3,66	6,08	6,16	5,39	1,61	2,84	2,73	2.33	2,31	3,31	4,22	4,80
1,50	0,62	0,90	0,90	6,29	4,36	4,28	3,61	0,54	0,90	0,75	0,79	2,46	0,62	0,90	0,90
0,36	0,71	0.90	0,90	5,95	8,14	7,36	6,74	0,49	0,80	0,87	0,74	0,43	0,84	1,03	1,08
1,70	1,77	2,41	2,46	3,90	5,18	7,14	5,99	0,92	1,22	1.29	1,13	1,88	1,89	2,48	2,53

den Zuwendungen für Wohlfahrtseinrichtungen in Ansatz gebracht habe, daß richtungen gegeben wurden, unberücksichtigt geblieben sind.

im Unternehmen gezahlten Löhnen in Beziehung bringt, wie dies neuerdings auch *Steller*[8]) tut. Im Grunde genommen stellen ja auch die Aufwendungen für die Arbeiterversicherung einen Teil des Arbeitentgelts dar. Dieses Verhältnis wird bei der Verschiedenartigkeit der Betriebe ein sehr ungleiches sein müssen, da in den verschiedenen Zweigen der Industrie ganz verschieden hohe Löhne gezahlt werden.

Steller[8]) berechnet die Aufwendungen der Unternehmer für die

[8]) *Steller*, Erhöhung der Gestehungskosten der deutschen Industrie durch die sozialen Lasten, S. 10. Cöln 1911.

Arbeiterversicherung auf 3 bis 6 % der gezahlten Löhne, *Zahn*[9]) auf 3 bis 4 %,*Greissl*[10]) auf höchstens 5½ und *Herkner*[11]) auf 3 bis 5,7 %.

Diese Berechnungen werden im wesentlichen bestätigt durch vorstehende Übersicht, in der Angaben einer größeren Zahl von großen Firmen aus verschiedenen Industriegebieten benutzt wurden.

Die Zahlen der Zusammenstellung lehren, daß die Belastungen der Betriebe, ohne die Aufwendungen für freiwillige Wohlfahrtseinrichtungen, auf „vom Hundert der gezahlten Löhne“ betragen haben:

im	Jahre	1900	von	1,6	bis	5,1,
„	„	1905	„	2,4	„	6,89,
„	„	1910	„	2,5	„	6,94,
„	„	1912	„	2,14	„	5,87.

Die in recht ungünstigem Verhältnisse stehenden Höchstsätze sind in der hohen Gefahrziffer, die für die Beitragsberechnung dieses Betriebes von wesentlichem Einfluß war, begründet.

Ein ähnliches Bild der sozialen Belastung unserer Erwerbswirtschaften ergibt der Vergleich der Relativzahlen über die Beitragshöhe „vom Hundert des Warenverkaufswertes (Umsatz)“ und „vom Hundert des Aktienkapitals“, d. h., daß sie sich in angemessenen Grenzen halten.

Im ersten Falle „vom Hundert des Warenverkaufswerts (Umsatz)“ haben die Soziallasten betragen:

im	Jahre	1900	von	0,33	bis	1,8,
„	„	1905	„	0,41	„	2,75,
„	„	1910	„	0,39	„	2,51,
„	„	1912	„	0,34	„	2,21.

Im zweiten Falle „vom Hundert des Aktienkapitals“ stellten sich die Beiträge für Arbeiterversicherung auf:

im	Jahre	1900	von	0,39	bis	3,50,
„	„	1905	„	0,35	„	4,32,
„	„	1910	„	0,45	„	3,72,
„	„	1912	„	0,47	„	4,23.

Da die Löhne in den verschiedenen Berufszweigen einen sehr verschieden hohen Bestandteil der Produktionskosten, etwa 30 bis 75 % ausmachen, so ergibt sich, wenn man die für das Jahr 1912 gefundenen Zahlen zugrunde legt, daß sich durch die sozialen Lasten die Produktionskosten um 0,64 bis höchstens 4,24 % erhöhen. Es

---

[9]) Dr. *Zahn,* Überlastung der Industrie durch die soziale Gesetzgebung. Abhandlungen aus der Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Bd. XII, 6. Heft, S. 1142.

[10]) *Greissl,* Wirtschaftliche Untersuchungen über die Belastung der deutschen Industrie durch die Arbeiterversicherung und Schutzgesetzgebung. Schmollers Jahrbuch XXIII, S. 103.

[11]) *Herkner,* Die sozialen Lasten der deutschen Industrie in neuer Beleuchtung. Preußische Jahrbücher, 144. Bd., S. 108.

kann nicht zugegeben werden, daß diese Steigerung der Kosten einen zählbaren Einfluß auf die Preisbildung der Erzeugnisse und ihren Absatz im In- und Ausland auszuüben vermag.

Zu demselben Ergebnis kommt *Lenz,*[12]) der zur Bemessung des sozialen Aufwandes bei einem Unternehmen die Gesamtausgabe und den Rohgewinn, sodann im Bergbau noch Wert und Zahl der geförderten Tonnen Kohle, als Vergleichsmaßstab verwendet.

Daß die den Unternehmern für die Arbeiterversicherung kraft Gesetzes auferlegten Lasten nicht zu hoch sind, ergibt sich auch aus der Tatsache, daß die Mehrzahl der Unternehmer sich nicht mit den gesetzlichen Leistungen begnügt, sondern darüber hinaus freiwillig ganz erheblich höhere Aufwendungen macht.[13]) Wie aus der oben mitgeteilten Aufstellung hervorgeht, ergeben sich für diese freiwilligen Aufwendungen „vom Hundert der gezahlten Löhne" folgende Sätze:

im Jahre 1900 von 0,47 bis 5,1,
„ „ 1905 „ 1,44 „ 15,01,
„ „ 1910 „ 1,78 „ 14,06,
„ „ 1912 „ 1,16 „ 19,19.

Vom „Hundert vom Warenverkaufswert (Umsatz)" ergaben sich hierfür die Sätze:

im Jahre 1900 von 0,0 bis 4,2,
„ „ 1905 „ 0,14 „ 1,85,
„ „ 1910 „ 0,28 „ 1,89,
„ „ 1911 „ 0,28 „ 1,49.

Vom „Hundert vom Aktienkapital" betrugen die Sätze:

im Jahre 1900 von 0,0 bis 3,5,
„ „ 1905 „ 0,27 „ 4,58,
„ „ 1910 „ 0,34 „ 5,58,
„ „ 1912 „ 0,33 „ 5,57.

Die freiwilligen Aufwendungen sind also im allgemeinen nicht unbedeutend und erreichen in Einzelfällen fast das Dreifache der gesetzlichen Leistungen. Daß solche erheblichen Ausgaben nicht auf Kosten der Rentabilität des Unternehmens gemacht werden, noch gemacht werden können, bedarf nicht der Ausführung.

Es wird nun vielfach behauptet, so von *Steller*[14]) und *Tille,*[15]) daß auch die von den Arbeitnehmern für die Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gezahlten Beiträge in Wirklichkeit von den Arbeitgebern getragen würden. Ein Beweis für diese Be-

---

[12]) *Lenz,* Sozialpolitik und Unternehmertum. Preußische Jahrbücher, Bd. 152, S. 314.

[13]) Dr. *Kaufmann,* Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. S. 125. Berlin 1913. Franz Vahlen.

[14]) *Paul Steller,* Die Lasten und Schwierigkeiten der deutschen Industrie. Zeitschrift für Werkzeugmaschinen und Werkzeuge, Heft 15 vom 25. 2. 13.

[15]) Dr. *Tille,* Die Berufsstandspolitik des Gewerbe- und Handelsstandes.

hauptung wird aber nicht erbracht und kaum versucht. Mit demselben Recht könnte man auch sagen, daß andere öffentliche Lasten (Steuern usw.) vom Arbeitgeber getragen würden. Es fehlt an jedem Anhalt dafür, daß bei den Lohntariffestsetzungen die Versicherungsbeiträge wesentlich berücksichtigt werden. Das gilt nicht einmal von den erheblich höheren Beiträgen, die die Arbeitnehmer für ihre Organisationen zahlen. Daß aber auch in den Kreisen der Industrie die von den Arbeitnehmern für die Versicherung gezahlten Beiträge nicht als eine den Unternehmer treffende Last angesehen worden sind, geht unter anderem aus den Erörterungen hervor, die sie an die Frage knüpften, ob für die Reichsversicherungsordnung die Drittelung der Krankenkassenbeiträge beibehalten werden sollte.

Im Gegensatz zu den oben festgesetzten Relativzahlen kommt Dr. *Jüngst*[16]) zu einem anderen Ergebnis. Nach ihm stellen sich die verblüffend hohen Belastungsziffern „vom Hundert der gezahlten Löhne"

im Jahre 1900 auf 10,10,
„ „ 1905 „ 13,07,
„ „ 1910 „ 14,24,
„ „ 1911 „ 13,97,

„vom Hundert des Warenverkaufswerts"

im Jahre 1900 auf 6,03,
„ „ 1905 „ 7,76,
„ „ 1910 „ 8,20,
„ „ 1911 „ 8,20,

„vom Hundert des Aktienkapitals" beliefen sich die Beiträge

im Jahre 1900 auf 2,087,
„ „ 1905 „ 2,633,
„ „ 1907 „ 2,960,
„ „ 1909 „ 3,320.

Die Richtigkeit dieser Zahlen soll nicht angezweifelt werden. Es sei aber bemerkt, daß meine — allerdings private — Anfrage bei einer Reihe von Bergwerksfirmen des Ruhrgebiets über die Höhe ihrer Aufwendungen für die Arbeiterversicherung fast ausnahmslos unbeantwortet geblieben ist. Nur zwei Werke haben sie in einer für mich sehr bedeutsamen Weise beantwortet. Es ließ sich feststellen, daß bei diesen beiden Werken, deren Namen ich auf ihren Wunsch nicht nenne, gezahlt wurden:

1. Soziallasten „vom Hundert der gezahlten Löhne":

Jahr	Ohne Wohlfahrts-einrichtungen		Mit Wohlfahrts-einrichtungen	
1900 . . .	3,30	3,36	3,54	3,66
1905 . . .	5,24	5,41	5,66	6,08

[16]) Dr. *Jüngst*, Die Leistungen des Ruhrbergbaues auf dem Gebiete der sozialen Zwangsversicherung. Berg- und Hüttenmännische Zeitschrift „Glückauf", 1913. Nr. 7 bis 9, S. 251, 296, 328ff.

Jahr	Ohne Wohlfahrts-einrichtungen		Mit Wohlfahrts-einrichtungen	
1910 . . .	5,25	5,44	5,63	6,16
1912 . . .	4,68	4,75	5,16	5,39.

2. **Soziallasten „vom Hundert des Warenverkaufswerts (Umsatz)“:**

Jahr	Ohne Wohlfahrts-einrichtungen		Mit Wohlfahrts-einrichtungen	
1900 . . .	1,50	1,48	1,60	1,61
1905 . . .	2,75	2,53	2,97	2,84
1910 . . .	2,51	2,41	2,69	2,73
1912 . . .	2,21	2,06	2,43	2,33.

3. **Soziallasten „vom Hundert des Aktienkapitals“:**

Jahr	Ohne Wohlfahrts-einrichtungen		Mit Wohlfahrts-einrichtungen	
1900 . . .	3,50	2,12	3,75	2,31
1905 . . .	4,32	2,94	4,67	3,31
1910 . . .	3,71	3,72	3,98	4,22
1912 . . .	3,72	4,23	4,10	4,80.

Es stellen sich demnach die zur Durchführung der Arbeiterversicherung aufzubringenden Beträge in den Jahren 1900 bis 1912 auf 3,30 bis 5,44 % der gezahlten Arbeitslöhne. Somit werden die von *Herkner* und anderen über die Höhe der Beiträge gemachten Angaben im wesentlichen bestätigt.

Legt man die Angaben des Dr. *Jüngst* a. a. O. zugrunde, so ergibt sich, daß vom Jahre 1903 bis 1911 die Aufwendungen für die soziale Zwangsversicherung, berechnet auf die Tonne der Förderung, im Ruhrrevier von 0,58 M. auf 0,80 M. gestiegen sind. Demgegenüber ist aber darauf hinzuweisen, daß in demselben Zeitabschnitte die Preise für die Tonne sich von 9,40 auf 10,60 M. gehoben haben. Auch *Lenz* stellt fest, daß die Sozialbelastung je Tonne in Oberschlesien in den Jahren 1900 bis 1909 von 0,47 M. auf 0,78 M., und der Produktionswert in derselben Zeit von 7 M. auf 8,73 M. gestiegen ist; es hat sich also der Überschuß von 6,50 M. auf 7,90 M. erhöht. Ein gleiches Ergebnis liefern die Vergleiche der Zahlen für den fiskalischen Bergbau in Oberschlesien.[17]) Der Steigerung der Produktionskosten durch die Aufwendungen für die Arbeiterversicherung steht also, absolut genommen, eine wesentliche Erhöhung der Verkaufspreise gegenüber. Die nachstehende Tabelle der Durchschnittspreise für Steinkohlen in den Jahren 1903 bis 1912[18]) ergibt, daß auch im Ruhrgebiet die Preise mit den übrigen im Wettbewerb stehenden Kohlenwerken des Inlandes sich ungefähr auf gleicher Linie bewegt haben.

---

[17]) *Lenz* in den Preußischen Jahrbüchern, 152. Bd., S. 313 ff.
[18]) Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reichs. 1913, 1. Heft, S. 17.

Durchschnittspreise für Steinkohlen (1000 kg).

	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Deutsche Kohle.										
Berlin (frei Bahnhof):										
westfäl. Schmiede . . .	22,3	22,3	22,3	22,8	23,8	24,0	23,3	23,0	23,0	23,75
oberschles. Stück, Würfel .	22,0	22,0	22,0	22,5	23,5	23,8	23,6	23,6	23,6	23,95
„ Klein	18,6	18,6	18,6	18,6	20,5	21,3	21,3	21,3	20,5	20,63
Breslau (Grubenpreis):										
niederschles. Gas . . .	15,0	15,0	15,5	15,9	16,9	18,8	18,6	18,2	18,0	18,38
oberschles. für Gas, Stück	11,5	11,3	11,1	11,1	12,0	14,4	14,1	13,7	13,8	14,70
Dortmund (ab Werk):										
gestürzte Stück-, Ausfuhr .	12,1	11,8	11,8	11,8	12,5	12,8	12,8	12,8	12,8	13,50
Puddel, gute, fette Förder	9,0	9,0	9,0	10,0	10,8	11,0	10,6	10,5	10,5	11,06
Düsseldorf (ab Werk):										
Flamm- (Förder)	10,3	10,3	10,3	10,9	11,9	12,3	11,7	11,5	11,3	11,81
Fett- („)	9,4	9,4	9,6	10,2	11,0	11,3	10,9	10,8	10,8	11,41
magere	8,5	8,4	9,1	9,5	10,6	11,0	10,3	10,0	10,0	10,94
Gas-	12,0	12,0	12,0	12,5	13,1	13,7	13,2	13,0	12,5	12,88
Essen (ab Werk):										
Flamm- (Förder)	9,4	9,4	9,5	10,3	11,2	11,3	10,9	10,8	10,6	11,06
Fett- („)	9,4	9,4	9,5	10,3	11,1	11,3	10,9	10,8	10,8	11,41
magere („)	8,3	8,3	8,7	9,5	10,4	10,5	10,2	10,0	10,0	10,94
Gas- („)	11,8	11,8	11,9	12,3	13,5	13,8	13,3	13,0	12,6	12,88
Hamburg (ab Bord):										
westfäl. Fett-, Stück-, dopp. gesiebte, grobe	16,6	16,1	16,2	17,7	20,0	18,5	17,5	17,0	16,5	18,80
westfäl. Nuß, gewaschen, Korn 1 u. 2	19,5	19,1	19,2	20,7	23,1	21,0	19,7	20,4	20,1	21,90
Saarbrücken (ab Grube, frei Wagen):										
Flammförder	11,8	12,1	12,0	12,1	12,8	13,0	13,0	12,8	12,0	12,05
Fettförder	11,0	11,2	11,2	11,5	12,2	12,5	12,1	11,9	11,2	11,51
Englische Kohle.										
Danzig (ab Bord):										
engl. Schmiede, Erbs . .	19,8	18,6	18,8	19,8	22,7	22,7	21,1	22,0	21,1	23,89
schottische Maschinen, Stück	14,9	14,1	13,9	14,9	19,9	18,7	16,2	16,0	15,7	18,26
Steam, small Kohlen . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	15,83
Hamburg (ab Bord):										
West Hartley-Steam, grob	16,0	15,2	15,0	15,5	18,8	16,9	15,2	15,1	15,4	19,41
„ „ „ small	9,8	8,9	9,5	10,4	14,4	11,6	10,3	10,8	10,9	14,96
Sunderland Nuß . . .	17,2	16,6	16,9	17,6	20,5	19,0	18,0	.	.	.
Yorkshire Nuß, dopp. ges. I	16,5	15,7	16,0	16,5	19,7	17,8	16,1	16,1	16,3	20,23
schottische Nuß, dopp. ges. I	13,7	13,0	13,3	13,8	18,4	13,8	13,0	13,0	13,2	18,10

Also auch die Kohlenwerke des Ruhrgebiets sind, jedenfalls soweit es sich um den Inlandsmarkt handelt, dauernd wettbewerbsfähig geblieben. Eine Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit und des Bestandes durch die sozialen Lasten ist ja für das Inland schon aus dem Grunde ausgeschlossen, weil diese Lasten auf allen Betrieben gleichmäßig ruhen, also von allen Betrieben gleicher Art bei der Preisbildung der Erzeugnisse in gleicher Weise berücksichtigt

werden.[19]) Es kann kaum zweifelhaft sein und ist in der Literatur auch wiederholt betont,[20]) daß dabei die Lasten auf den Konsumenten abgewälzt werden.

Wenn von *Steller*[21]) behauptet wird, daß Deutschlands Industrie, weil sie der ausländischen gegenüber durch die Beiträge für die Arbeiterversicherung vorbelastet sei, in der Wettbewerbsfähigkeit dem Ausland gegenüber auf die Dauer nicht standhalten könne, so ist dem entgegenzuhalten, daß diese Vorbelastung der deutschen Industrie gegenüber dem Ausland mehr als ausgeglichen wird durch die z. B. in England übliche kürzere Arbeitszeit und durch die in Amerika gezahlten höheren Löhne. In dieser Beziehung führt *Herkner*[22]) zutreffend aus: „Setzt man die Lohnhöhe der englischen Arbeiter der Metallindustrie gleich 100, so betragen die Löhne im Deutschen Reiche 65 bis 78 und in Amerika 161 bis 169. Nach neueren Ermittlungen betragen die Löhne im deutschen Maschinenbau 83, die Arbeitszeit 111, wenn man für Großbritannien Lohn und Arbeitszeit mit 100 bezeichnet. Soweit mit anderen Ländern solche Vergleiche überhaupt gezogen werden können, fallen sie für Deutschland nicht ungünstig aus". Daß Deutschland seinen günstigen Stand im Wettbewerb mit dem Ausland niemals verlassen hat, sondern vielmehr auch hier das Verhältnis zu den am Welthandel hauptsächlich beteiligten Staaten immer besser geworden ist, mag aus folgenden Ergebnissen der vier hervorragend auf dem Weltmarkt tätigen Staaten, die dem „Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich" entnommen sind, hervorgehen.

Der Anteil „vom Hundert der Ausfuhr" hat betragen:

	1885	1890	1895	1898	1902	1905	1910	1911
Deutsches Zollgebiet .	10,3	11,0	10,8	11,6	11,4	12,0	12,0	12,5
Frankreich	10,4	11,2	8,4	10,2	9,4	8,7	9,4	9,3
Großbritannien . . .	19,2	20,6	17,4	19,1	18,7	17,5	16,9	16,4
Vereinigte Staaten von Amerika	9,7	9,3	9,2	9,5	10,0	9,8	9,5	9,8.

Es ist sonach seit dem Bestehen der Arbeiterversicherung eine erhebliche Steigerung des Warenabsatzes nach dem Ausland eingetreten, ein Zeichen, daß entgegen den Behauptungen aus den Kreisen der Industrie, das Deutsche Reich könne als Beteiligter am Welthandel seinen Platz nicht mehr aufrechterhalten, nicht zutrifft. Vielmehr ergeben die mitgeteilten Zahlen, daß es sein Absatzgebiet ständig vergrößert hat. Daß die deutsche Industrie dem Auslande gegenüber wettbewerbsfähig ist, selbst auf solchen Gebieten, in denen die ausländische Industrie besonders hoch entwickelt ist, mag durch zwei Beispiele aus der neueren Zeit belegt werden.

---

[19]) So auch *Hitze*, a. a. O.

[20]) Z. B. *v. Herkner*, a. a. O.

[21]) *Steller*, a. a. O.

[22]) *Herkner*, Die öffentlichen Lasten der deutschen Industrie. Preußische Jahrbücher, Bd. 142, S. 541.

Wie Tagesblätter berichteten, hat die Hafenbehörde Londons nach einer Meldung des Reuterschen Bureaus in London den Auftrag für zwei Paar Schleusentore und eine Drehbrücke für die East-India-Docks an die Gute Hoffnungshütte in Oberhausen vergeben, deren Angebot sich bei einer wesentlich kürzeren Lieferungsfrist auf 34 729 Pfd. Sterling stellte, während das geringste britische Angebot 51 371 Pfd. Sterling betragen hat.

Den Siemens-Schuckert-Werken ist die Herstellung einer elektrischen Anlage von der von einem nordamerikanischen Konsortium gegründeten Chile Exploration Cie übertragen worden, die nach Eröffnung des Panamakanals eine bedeutende Entwicklung des Handels an der Westküste Südamerikas voraussieht und daher für die Ausbeutung des Kupfererzvorkommens im nördlichen Chile rechtzeitig gerüstet sein will. Der Auftrag beläuft sich bis jetzt auf 12 Millionen Mark. Dieser Auftrag ist von um so größerer Bedeutung für die deutsche elektrotechnische Industrie, als er in scharfer Konkurrenz mit den großen amerikanischen Elektrizitätsfirmen errungen worden ist.

Gerade mit dem Inkrafttreten der Arbeiterversicherungsgesetze ist auf allen Gebieten des Wirtschaftslebens im Deutschen Reiche ein ungeahnter Aufschwung eingetreten. Dies ist, wie *Lass* und *Zahn*[23]) mit Recht betonen, nicht zum wenigsten daraus zu erklären, daß mit den entstehenden neuen Lasten alle Kräfte am Werke waren, für die vermehrten Betriebskosten durch Verbesserung und Vervollkommnung der technischen Mittel, durch Ausnutzung und ergiebigste Verwertung von Patenten im Verein mit der Entbehrlichmachung von Arbeitskräften einen Ausgleich zu finden. In ganz hervorragendem Anteil ist es die soziale Gesetzgebung gewesen, die beide, den Unternehmer und den Arbeiter, zu der wirtschaftlich-technischen Einheit verbunden hat, die notwendig ist, um Industrie, Gewerbe und Handel auf den hohen Stand zu bringen, den sie heute einnehmen. Beide, der Arbeitgeber und -nehmer, aufeinander angewiesen, werden beim Einsetzen ihrer ganzen Kraft, jeder an seinem Teile, das Unternehmen zu hoher Blüte bringen.

Gelingt es der sozialen Gesetzgebung in ihrem weiteren Ausbaue, diese wirtschaftliche Gemeinschaft zwischen Unternehmern und Arbeitern nicht nur zu erhalten, sondern auch im sozialen Geiste zu ergänzen, d. h. berufliche Tüchtigkeit, hingebendes Pflichtgefühl und redliche Arbeitsfreudigkeit unter den Angestellten und Arbeitern zu erhalten und zu lohnen, so wird ein Niederringen der deutschen Industrie durch das Ausland, selbst bei sinkenden Konjunkturen, vergebene Mühe sein. Handel und Industrie werden im Deutschen Reiche unter dem Einfluß der sozialen Gesetzgebung auch fernerhin in hoher Blüte stehen, und beide berufene Teile, Arbeitgeber und Arbeiter, die gemeinsam zum Gelingen des Werkes beigetragen haben, werden auch gemeinsam die reichen Früchte, die jedes wirtschaftlich gesunde Unternehmen bei normaler Konjunktur abwirft, ernten.

---

[23]) Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiter-Versicherung, bearbeitet von Dr. *Laß* und Dr. *Zahn*. Ausstellungsschriften des Reichsversicherungsamt, S. 219 ff. 1900.

Wie auch in der oben mitgeteilten Übersicht deutlich zum Ausdruck kommt, nimmt schon heute der Arbeitgeber namentlich dort, wo Qualitätsarbeit nötig ist, ein großes Interesse an der Erhaltung eines möglichst günstigen Verhältnisses zu seiner Arbeiterschaft, und sein Streben ist vielfach darauf gerichtet, durch immer weiteren Ausbau der Wohlfahrtseinrichtungen das soziale Band, das ihn mit dem Arbeiter verbindet, immer fester zu knüpfen. Beispielsweise ist der Unternehmer eines Großbetriebs bemüht, durch Erweiterung der Arbeiter- und Beamtenwohnungen, Abgabe von Krankenkost, durch Hauspflege, Ausbildung in der Ausübung von Garten- und Obstkultur, durch Pflege der Musik in der Arbeiterschaft, durch Unterstützungen bei militärischen Übungen, durch Gewährung von Dienstalters- und Dienstjubiläumsprämien, durch Fahrgeldvergütungen, durch unentgeltliche Benutzung von Betriebsbadeanstalten, durch Zuschüsse zum gesetzlich zustehenden Krankengeld, durch Errichtung eines Pensionsfonds für Angestellte den Arbeitnehmer an die Scholle zu fesseln, damit er zugleich im Triebe der Selbsterhaltung in erhöhtem Maße seine Kräfte für das Unternehmen einsetzt.

Die in die Augen springenden Erfolge des Deutschen Reichs auf allen Gebieten des Weltmarktes trotz seiner Vorbelastung durch die Arbeiterversicherung hat auch andere Staaten ermuntert, Deutschlands Beispiel zu folgen, derart, daß heute fast in allen größeren Ländern Europas mehr oder minder die soziale Gesetzgebung an Boden gewonnen hat. Es werden damit die Spannungen, die durch die deutsche Arbeiterversicherung in den Gestehungskosten der deutschen und der ausländischen Gütererzeugung bestehen, sich nach und nach verringern, um endlich ganz aufzuhören.[24]) Es dürfte die Feststellung von Wert sein, inwieweit unser immer noch größter Konkurrent Großbritannien es für nützlich gehalten hat, es uns in der Einführung der Arbeiterfürsorge nachzutun.

Die staatliche Versicherung in England[25]) erstreckt sich auf Fabriken, die Schiffahrt, auf Bergwerke und auf Steinbrüche mit zusammen 139 884 Unternehmungen, die 7¼ Millionen Personen, darunter 5¼ Millionen Personen in Fabriken und Werkstätten, beschäftigten. Die Zahl der erstmalig entschädigten Unfälle hat im Jahre 1908 296 388 und im Jahre 1911 376 248 betragen. Insgesamt, also seit dem Inkrafttreten der sozialen Gesetzgebung, wurden in 4021 Todesfällen und in 419 031 Fällen von Arbeitsunfähigkeit infolge von Unfallverletzungen Entschädigungen im Gesamtbetrage von 3 Millionen Pfd. gewährt.

Das sind selbst für den gewaltigen Industriestaat England große Leistungen, die jedoch auch hier, wie bei uns, einen merkbaren Einfluß auf die Preisbildung und auf den Absatz der Erzeugnisse nicht auszuüben vermochten. In England ist die Versicherung auch auf eine Reihe von Berufskrankheiten, und zwar zur Zeit auf 24, aus-

---

[24]) Dr. *Kaufmann,* Zur Geschichte der deutschen Arbeiter-Versicherung, ihrer Ziele und Erfolge in „Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II.“, S. 169 ff. Berlin 1913. Georg Stilke.

[25]) Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt 1913, S. 826. — Die Unfallentschädigungen in Großbritannien im Jahre 1911.

gedehnt. Bei diesen Krankheiten kamen im Jahre 1911 33 Todes- und 5737 Fälle von Erwerbsunfähigkeit in Betracht. 87,6 % der Fälle (1 Todesfall, 5026 Erkrankungen) entfielen allein auf den Bergbau (Augenzittern), 554 Fälle betrafen Bleivergiftung. Aus einer Gegenüberstellung der Zahl der Abfindungen und der Rentenzahlungen ergibt sich, daß die Berufskrankheiten im allgemeinen viel schwerere Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zur Folge hatten als die Unfälle. Ungefähr das gleiche Verhältnis ist bei dem Vergleiche der Dauer der Rentenzahlung zu beobachten. Während nämlich bei den Unfällen die Entschädigungsdauer nur in 5 % der Fälle 13 Wochen oder länger betrug, ergab sich bei den Berufskrankheiten in 18,8 % der Fälle eine Entschädigungsdauer von 13 und mehr Wochen. Insgesamt wurden in diesem Zweige der Versicherung im Jahre 1911 aufgewendet:

für Todesfälle 4703 Pfd. (1910 4950 Pfd.),
für Berufskrankheiten 82 959 Pfd. (1910 54 345 Pfd.).

Wie schon hervorgehoben, hat sich unter der Einwirkung der sozialen Gesetzgebung die Produktionskraft des deutschen Volkes ständig gesteigert. Nach *Steinmann-Bucher*[26]) hat die Gütererzeugung Deutschlands diejenige Englands bereits übertroffen; denn nach seinen Feststellungen betrug die gewerbliche und landwirtschaftliche Gütererzeugung in Deutschland im Jahre 1905 Brutto 51, Netto 23 Milliarden M., diejenige Großbritanniens im Jahre 1907 dagegen nur Brutto 40, und Netto 17,4 Milliarden M.

Da seit dem Jahre 1905 die deutsche Gütererzeugung erheblich gestiegen ist, so ist mit Recht anzunehmen, daß heute das Verhältnis für Deutschland noch günstiger liegt. Die Steigerung der Gütererzeugung läßt aber auch auf eine günstige Entwicklung des Volkseinkommens und des Volksvermögens schließen. Daß in dieser Beziehung gerade in den letzten Jahren eine wesentliche Besserung eingetreten ist, wird durch die Untersuchungen *Mendelsons*[27]) bestätigt, wie dies aus den nachstehenden Tabellen zu ersehen ist:

I. Die Bevölkerung Preußens nach der Höhe ihres jährlichen Einkommens.

Einkommen in M.	1895		1905		1911	
	Einwohner	v. H.	Einwohner	v. H.	Einwohner	v. H.
Nicht über 900 . . .	21 172 491	68,72	20 483 263	56,47	16 382 969	41,19
Über 900 bis 3000 . .	8 540 568	27,72	14 143 527	39,00	20 944 517	52,66
„ 3000 bis 6000 (6500) .	743 652	2,42	1 083 802	2,99	1 801 972	4,53
„ 6000 (6500) bis 9500 .	185 953	0,60	277 123	0,76	281 591	0,71
„ 9500 bis 20 500 .	139 820	0,45	227 251	0,63	289 864	0,73
„ 20 500 bis 60 000	25 866	0,08	45 454	0,13	59 573	0,15
„ 100 000	4 233	0,01	9 019	0,02	12 543	0,03
Zusammen . . .	30 812 583	100,00	36 269 439	100,00	39 773 029	100,00

[26]) Deutsche Industriezeitung vom Jahre 1913, Nr. 16.
[27]) Dr. *Mendelson*, Die Entwicklungseinrichtungen der deutschen Volkswirtschaft. Leipzig 1913.

II. Verteilung der Einzelsteuernden und der Haushaltungsvorstände auf die einzelnen Vermögensgruppen.

Vermögen in Mark	1895		1905		1911	
	überhaupt	v. H.	überhaupt	v. H.	überhaupt	v. H.
0 bis 6000	9 743 806	86,56	11 879 820	87,57	13 434 435	86,99
Über						
6000 bis 20 000 . .	924 312	8,21	982 331	7,24	1 138 344	7,37
20 000 bis 32 000 . .	203 397	1,81	239 922	1,77	301 927	1,96
32 000 bis 52 000 . .	162 306	1,44	188 039	1,39	229 501	1,49
52 000 bis 100 000 .	122 670	1,09	146 910	1,08	180 393	1,17
100 000 bis 200 000 .	57 153	0,51	72 459	0,53	88 356	0,57
200 000 bis 500 000 .	29 372	0,26	38 942	0,29	47 507	0,30
500 000 bis 1 000 000 .	8 371	0,07	11 189	0,08	13 793	0,09
1 000 000 bis 2 000 000	3 429	0,03	4 742	0,03	5 923	0,04
2 000 000	1 827	0,02	2 667	0,02	3 426	0,02
Zusammen . .	11 256 643	100,00	13 567 021	100,00	15 443 605	100,00

Seit 1895 hat sich das gesamte steuerpflichtige Vermögen um 63,0 % vermehrt.

Mit Recht betont *Mendelson,* daß diese Ziffern der Einkommen- und Vermögensstatistik den vollgültigen Beweis dafür erbringen, daß unser Zeitalter der wirtschaftlichen Umwälzungen zugleich ein Zeitalter der Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse des gesamten Volkes ist.

Ein weiterer Beweis dafür, daß trotz der angeblich hohen Belastung durch die soziale Gesetzgebung das jährliche Volkseinkommen ständig wächst, liefert Dr. *Helfferich* in dem Werke „Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II.“ In dieser Schrift wird das deutsche Volkseinkommen gegenwärtig auf rund 40 Milliarden M. jährlich, gegen 22 bis 25 Milliarden M. um das Jahr 1895 angegeben. Das deutsche Volksvermögen beträgt heute mehr als 300 Milliarden M. gegen rund 200 Milliarden M. um die Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts.

Auch aus den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Statistischen Amts über die Rentabilität der Unternehmungen, im besondern der Aktiengesellschaften, geht deutlich hervor, daß der wirtschaftliche Aufschwung sich im allgemeinen ständig in aufsteigender Richtung bewegt.

Das Jahreserträgnis, d. h. der Betrag der Jahresgewinne abzüglich der Jahresverluste, betrug:[28])

1907/08	1 279,94 Mill. M.,
1908/09	1 114,52 „ „
1909/10	1 287,64 „ „
1910/11	1 393,71 „ „
1911/12	1 470,52 „ „

[28]) Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reichs, Ergänzungsheft zu 1913, II. „Die Geschäftsergebnisse der deutschen Aktiengesellschaften im Jahre 1911/12“.



Die Zunahme vom Jahre 1907/08 bis zum Jahre 1911/12 betrug hiernach 190,58 Millionen M. In demselben Zeitraum ist der an die Aktionäre ausgeschüttete Dividendenbetrag von 1022,60 auf 1220,93 Millionen M., also um 198,33 Millionen M., gestiegen.

Über die Rentabilitätsziffern gibt die nachstehende Tabelle Aufschluß:

Gewerbegruppe	Jahreserträgnis v. H. des Unternehmungskapitals					Dividendensumme v. H. des zur Dividende berechneten Aktienkapitals				
	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
1. Tierzucht und Fischerei	-7,85	-5,63	2,29	5,06	5,87	1.14	0,34	1,85	2,99	4.26
2. Bergbau, Hütten- u. Salinenwesen, Torfgräbereien	9,15	7,76	7,76	8,14	9,21	9,52	8,07	7,89	8,43	9.64
3. Bergbau, Hüttenbetriebe, Metall- und Maschinenindustrie miteinander verbunden	10,14	7,67	8,73	10,39	11,22	9,53	7,79	8,98	9.98	10.91
4. Industrie der Steine und Erden	9,48	7,31	6,22	5,67	7,09	8,65	7,48	6,58	6,38	7.22
5. Metallverarbeitung	10,09	6,76	7,92	7,98	8,70	8,93	7,32	7,41	7,64	8.46
6. Industrie der Maschinen, Instrumente und Apparate	9,67	8,31	8,40	9,01	9,04	8,74	8,32	8,52	8.70	8.86
7. Chemische Industrie	14,95	13,41	14,36	14,94	14,80	15,66	14,03	14,86	15.45	15.48
8. Industrie der forstwirtschaftlichen Nebenprodukte, Leuchtstoffe, Seifen, Fette, Öle, Firnisse	5,70	7,75	9.26	10,36	9,81	7,65	8,18	9,01	9,78	9.78
9. Textilindustrie	12,44	6,84	10,06	6,24	4,22	9,38	7,78	8,60	7,44	6.55
10. Papierindustrie	7,26	5,06	5,57	6,31	5,89	8,80	7,20	7,24	8,16	7,82
11. Leder- und Gummiindustrie, Industrie lederartiger Stoffe	9,87	7,67	10,64	8,27	6,78	9,52	9,26	9,71	10,59	10.27
12. Industrie der Holz- und Schnitzstoffe	7,87	4,53	5,76	7,86	8,67	7,07	6,07	7,37	7,83	8,44
13. Industrie der Nahrungs- und Genußmittel	7,69	6,46	6,76	7,61	9,00	7,27	6,73	6,88	7,47	8.11
14. Bekleidungsgewerbe	8,97	8,66	11,30	12,33	10,34	7,98	7,90	10,50	11,45	10.06
15. Reinigungsgewerbe	-2,68	2,33	0,88	0,60	2.36	2.47	3.13	2,50	2.50	3.05
16. Baugewerbe	8,48	6,85	7,58	9,29	5,91	9,42	7,07	8,28	12,13	9,41
17. u. 18. Graphische Gewerbe, auch verbunden mit Buch- und Kunsthandel, Zeitungsverlag und -Spedition, Anzeigen- u. Depeschenbureau, künstliche Gewerbe	7,36	5,42	6,18	7,22	6,91	7,05	6,42	6,75	6,96	6,95
19. Verkehrsgewerbe	4,70	2,09	4,43	5,39	5,85	4,69	3,35	4,22	4,98	5,53

Die Zahlen lassen erkennen, daß in den verschiedenen Betrieben durchweg angemessene Reingewinne erzielt worden sind.

Nach der „Statistischen Korrespondenz vom 14. 6. 13 Nr. 27" betrug der Durchschnittskurs aller an der Berliner Börse gehandelten Aktien im Jahre 1911: 177,9 %. Dieser Durchschnittswert ist ein Beweis für eine innerlich solide Verfassung der deutschen Aktienunternehmungen, die einen durchaus zufriedenstellenden Ertrag verbürgen.

Am Schlusse des Monats Mai 1913 betrug die Zahl der an der Berliner Börse zugelassenen deutschen Industrie-Aktiengesellschaften 641 und das börsenfähige Kapital nach dem

Nennwert	Kurswert
Millionen Mark	
4473,97	8605,37

Der Durchschnittswert aller Aktien betrug somit

$$\frac{8\,605,37}{4\,473,97} \cdot 100 = 192,34.$$

Im „Jahrbuch für Deutschlands Seeinteressen, herausgegeben von *Nauticus,* Jahrgang 1913", wird der wirtschaftliche Aufschwung Deutschlands als fortdauernd steigend bezeichnet. Der Außenhandel des Reichs ist auf 19 652 Millionen M. gestiegen, er behauptet die zweite Stelle im Welthandel, während England mit 22 858 Millionen M. noch an der Spitze steht und die Vereinigten Staaten von Nordamerika mit 15 916 und Frankreich mit 11 669 Millionen M. folgen. Die Gewinnung von Roheisen und Steinkohle hat im Deutschen Reiche weiter günstig zugenommen und stieg bei Roheisen auf 17,9 Millionen M., bei Kohle auf 177 Millionen Tonnen. Die Schiffahrt brachte bei erhöhten Frachtsätzen sehr lohnenden Ertrag. Die überseeische Auswanderung sank 1912 auf 18 545 Personen herab, d. i. die niedrigste Jahreszahl seit der Gründung des Reichs, und ist ein außerordentlich günstiges Zeichen für die verbesserte Lebenshaltung des Volkes.

Bei dieser Lage der Dinge hat *Lenz*[29]) recht, wenn er bei der Erörterung der Frage, ob die Industrie durch die soziale Gesetzgebung überlastet sei, zu folgendem Schlusse kommt: „Angesichts des gewaltigen Aufsteigens unserer gesamten Volkswirtschaft — gegenüber der eigenen Vergangenheit wie gegenüber der weltwirtschaftlichen Konkurrenz — kann nicht die Rede davon sein, daß die volkswirtschaftliche Produktivität oder auch nur die privatwirtschaftliche Rentabilität unter dem Drucke unserer Sozialpolitik gelitten habe; die Linien des wirtschaftlichen Aufschwungs und der Verwirklichung des sozialen Gedankens in Deutschland laufen in den letztvergangenen Jahrzehnten parallel, sie kreuzen sich nicht. Und dies um so mehr, als bekanntlich das Ausland in wachsendem Maße dem deutschen Vorbild nachzueifern beginnt und seinen etwaigen Vorsprung vor uns dadurch verringert; und indessen wir selbst auf dem Weltmarkt angeblich durch unsere sozialpolitische Rüstung hie und da behindert werden, spüren wir ein Nachlassen des ökonomischen Elans eher bei jenen Nachbarn, die ihre Wettbewerbsfähigkeit noch am wenigsten mit sozialen Gewichten beschwert haben. Somit wird die Frage nach den Beziehungen zwischen Sozialpolitik und Unternehmertum für die Volkswirtschaft im ganzen zur Zeit als gelöst gelten müssen und eine Antwort nur noch für das begrenzte Gebiet bestimmter einzelner Unter-

[29]) *Lenz,* Sozialpolitik und Unternehmertum. Preußische Jahrbücher, Bd. 152, S. 314/315.



nehmungen und Unternehmungszweige erheischen. Sie wird ihre Beantwortung also auf dem Felde der Privatwirtschaften und erwerbswirtschaftlicher Einzelgruppen suchen; hier könnte in der Tat die eine oder andere Untersuchung lehren, daß die soziale Belastung in einem konkreten Falle zum Hemmnis der Produktivität und der Rentabilität geworden sei. Wäre dies exakt festgestellt, so käme als praktisch-politisches Ergebnis zwar niemals ein Abbau oder Stillstand unserer gesamten Sozialpolitik, wohl aber eine sozialpolitische Entlastung des betreffenden Unternehmungszweiges in Frage".

Tilgungsversicherung.

Von Dr. jur. Karl Kirchmann (Hamburg).

I. Kapitel. Einleitung.

Mit der rapiden Zunahme der Bevölkerung im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts wuchs in ungeahnter Weise der Wert des Bodens. Aus der Zunahme der Bevölkerung resultierte aber auch eine Steigerung des *Bedarfs* an Bodenerzeugnissen in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht. Letzterer Umstand wie auch die Erhöhung des Werts des Bodens waren Anlaß zu Versuchen, einerseits den vorhandenen Grund und Boden, dessen Menge sich nicht vermehren ließ, besser auszunutzen, ertragfähiger zu machen, anderseits aber auch die Ursache einer schnelleren Entwicklung des Grundstückhandels, der Grundstücksspekulation. Naturgemäß beschränkte sich ersteres mehr auf den ländlichen Boden, während in den Städten mehr

die Grundstückspekulation zu Worte kam. Zu beidem brauchte man Geld; das ohnehin zu allen Zeiten — soweit man überhaupt von einer intensiven Bodenkultur sprechen kann — vorhandene Kapitalbedürfnis der ländlichen Besitzer wurde gesteigert, das Kapitalbedürfnis der Städte, insbesondere der Großstädte, wurde fast erst ins Leben gerufen, jedenfalls aber in neue Bahnen gelenkt; mitbestimmend für letzteres war in bedeutendem Umfang die Vereinheitlichung der Hypothekengesetzgebung um die Jahrhundertwende.

Beide Momente, Erhöhung des Bedarfs an Bodenerzeugnissen und Steigerung der Bodenpreise, begünstigten also in hervorragendem Maße das Anwachsen der Bedeutung des Boden*kredits*. Allerdings bestand, wie *Hecht* in seinem grundlegenden Werk „Der Europäische Bodenkredit" (Leipzig 1900, *Duncker* und *Humblot)* Bd. I an Hand eines geschichtlichen und statistischen Materials überzeugend nachweist, die Organisation wenigstens des ländlichen Bodenkredits längst vorher; aber das Einsetzen der oben geschilderten Kräfte war in der weiteren Entwicklung doch ein nicht zu unterschätzender Faktor.

Mit der Hergabe der Darlehen befaßten sich von jeher die verschiedensten Organisationen, von privaten Darlehensgebern ganz abgesehen. Da der Darlehensnehmer seinem Gläubiger in der Hypothek, die auf dem Grundstück lastet, eine fast absolute Sicherheit zu bieten imstande war (vorausgesetzt, daß die Höhe des Kapitals sich innerhalb einer angemessenen „Beleihungsgrenze" hält, ferner vorausgesetzt, daß auch der durch Zerstörung infolge elementarer Ereignisse — Feuer, Deichbruch, Hochwasser usw. — eintretende Schaden ersetzt wird, bzw. der Eintritt solcher Schäden aus natürlichen Gründen unmöglich ist oder durch irgendwelche Vorkehrungen unmöglich gemacht wird), begünstigte gerade diese Leichtigkeit in der Beschaffung von Kapitalien in gewissem Maße die Verschuldung des Grundbesitzes.[1]) Ohne weiteres leuchtet aber ein, daß für den Grundstückseigentümer, wie allgemein volkswirtschaftlich der ideale Zustand der wäre, das Besitztum frei von „unproduktiven" Schulden zu haben.

Man hat die Forderung aufgestellt, der Realkredit müsse 1. billig, 2. unkündbar und 3. amortisabel sein. Das Erste dieser Erfordernisse bedarf einer weiteren Erörterung nicht. Was aber die beiden anderen anlangt, so läßt sich nicht leugnen, daß es — wenn auch gerade bei den bäuerlichen Verhältnissen seltener — Umstände geben kann, unter denen dem Eigentümer ein kündbares, nichtamortisables Darlehen bequemer ist, z. B. wenn eine sichere Erbschaft in Aussicht steht und mit dieser dann die Schuld gedeckt werden kann. Für die Regel freilich wird man sagen müssen, daß Unkündbarkeit und Amortisabilität den Bedürfnissen des Landwirts ganz besonders entsprechen und mehr

---

[1]) So auch *Hecht*, „Der Europäische Bodenkredit", Bd. I S. 6: „Alle Realkreditinstitute haben die *Verschuldung* des Grundbesitzes in die richtigen Bahnen geleitet. Der *Entschuldung* des ländlichen Grundbesitzes haben sie im geringeren Maße gedient. Diese Tatsache steht unzweifelhaft fest . . ."



als ein kündbares, nichtamortisables Darlehen. Denn die Eigenart des landwirtschaftlichen Betriebes erfordert einmal, daß der Besitzer gegen die Gefahr einer schnellen Kündigung des Darlehens geschützt ist; wohl besteht die Möglichkeit, sich das Darlehen in Form der Hypothek anderwärts zu beschaffen; dies ist aber ohne Verlust für den Geldsuchenden nur dann zu bewerkstelligen, wenn die Wirtschaftslage, insbesondere der Geld-, Hypotheken- und Wohnungsmarkt, gleich geblieben ist. Immer aber stört ein öfterer Wechsel mit den damit verbundenen umständlichen Geschäften und Kosten empfindlich die Stabilität und Ruhe, die bei der Kulturarbeit des landwirtschaftlichen Betriebs so notwendig sind. Die Eigenart des bäuerlichen Betriebs gestattet ferner *niemals*, das in ein „Unternehmen" hineingesteckte (z. B. zu Meliorationen verwendete) Kapital in *einer* Summe wieder flüssig zu machen. Soll aber gleichwohl der steigenden Verschuldung Einhalt getan werden, ja, soll eine wirksame Aktion zur *Ent*schuldung durchgeführt werden, so ist das, wie aus Vorstehendem erhellt, nur möglich auf dem Wege einer planmäßigen, allmählichen Tilgung der Schuld, auf dem Wege der *Amortisation*. Der Typus nun des unkündbaren, amortisablen Darlehens ist die *Annuität*. Darunter versteht man eine bestimmt festgesetzte, periodisch (meist jährlich) sich wiederholende Zahlung für eine bestimmt bemessene Zeitdauer zum Zwecke der Verzinsung und gleichzeitigen Abtragung einer Schuld. Seit mehr als einem Jahrhundert, seit der Gründung der Schlesischen Landschaft im Jahre 1786, hat sich die Annuität in der Form der Tilgungshypothek planmäßig durchgesetzt und ist besonders in Norddeutschland zu einem wichtigen Faktor in der Entwicklung des landwirtschaftlichen Kreditwesens und der damit zusammenhängenden kulturellen und sozialen Fragen geworden. —

Wie immer aber auch der Versuch, eine Schuld zu tilgen, in Angriff genommen wird, stets wird der *Tod* des Schuldners eine nachteilige Wirkung auf die Deckung derselben ausüben. Ist das Darlehen *amortisierbar* aufgenommen und vielleicht zum größten Teil bereits getilgt, so ist der wirtschaftliche Nachteil, den der Tod des Schuldners im Gefolge hat, nicht so groß. Diese Erwägung müßte dazu führen, die Tilgungsraten (Amortisationsquoten) außerordentlich zu erhöhen; allein der Schuldner wird in den meisten Fällen *hohe* Amortisationsquoten neben der Verzinsung nicht zu leisten vermögen; unter Umständen widerstreitet eine hohe Amortisation auch dem Interesse des Gläubigers, insofern als die Gefahr einer Zahlungsunfähigkeit des Schuldners und die Gefahr der Subhastation des verpfändeten Grundstücks im allgemeinen um so größer ist, mit je höheren Leistungen der Schuldner alljährlich beschwert ist. Ist das Darlehen aber *nicht amortisierbar*, so belastet es beim Tod des Schuldners in voller Höhe den Erben. Da dieser seine Miterben abzufinden hat, so ist er zur Aufnahme weiterer Schulden gezwungen.

So lag es nahe, die *Lebensversicherung*, deren Zweck ja die Beseitigung oder Milderung der durch das Ableben eines Menschen verursachten wirtschaftlichen Nachteile ist, heranzuziehen. Diese Kombination bietet dem Darlehens*geber* eine selbst im Falle des Todes



des Schuldners wirksame Sicherheit, dem Darlehens*nehmer* demzufolge die Möglichkeit, sich Geld zu günstigeren Bedingungen zu verschaffen, insbesondere auch zu günstigeren Bedingungen hinsichtlich der Tilgung des Darlehens.

Bei den nichtamortisierbaren Darlehen genügt nun eine einfache Lebensversicherung, sei es eine reine Todesfallversicherung oder eine gemischte Versicherung. Die Rückzahlung des gewährten Darlehens erfolgt mittels der beim Tode, event. spätestens bei Erreichung eines bestimmten Endalters fällig werdenden Versicherungssumme; der Schuldner hat die Zinsen für das Darlehen und die Prämien für die Versicherung zu bezahlen. In dieser Form hat z. B. die „Versicherungsanstalt Württemberg" (Reichsinvalidenversicherung) mit den drei in Stuttgart domizilierten Lebensversicherungsunternehmungen (Allgemeiner Deutscher Versicherungsverein, Allgemeine Rentenanstalt, Stuttgarter Lebensversicherungsbank) Vereinbarungen getroffen hinsichtlich der Verbindung der (Hypotheken-) Darlehenstilgung mit der Lebensversicherung. Der ausgesprochene Zweck dieser Maßnahmen ist „Förderung des Kleinwohnungsbaus und Beschaffung billiger Kapitalien zur Erbauung oder käuflichen Erwerbung von Wohnhäusern für die arbeitenden Klassen". Die Versicherungsanstalt gewährt zunächst nur amortisable Darlehen. Wenn der Schuldner aber gleichzeitig eine Lebensversicherung abschließt über den Betrag des Darlehens (oder einen Teil desselben), so wird er gegen die Übernahme der Verpflichtung zur Prämienzahlung an die Versicherungsgesellschaft von seiner Verpflichtung zur Entrichtung der Tilgungsraten an den Darlehensgeber befreit; das amortisable Darlehen wird in ein nichtamortisables verwandelt. Die Rechte aus der Versicherung sind dafür an den Darlehensgeber zu verpfänden oder abzutreten. Auf ähnlicher Grundlage sind eine Reihe von Abmachungen zustande gekommen und Neuerungen eingeführt worden; vgl. z. B. auch die Bestimmungen der Ostpreußischen Landschaft, die den Schuldnern neuerdings gestattet, an Stelle der Tilgungsquoten jährliche Versicherungsprämien zu zahlen; die in ein nichtamortisables Darlehen umgewandelte Schuld wird alsdann mit der Lebensversicherungssumme zurückbezahlt. So hat auch die Rheinische Hypothekenbank in Mannheim Ende Mai 1911 mit der Karlsruher Lebensversicherung a. G. eine Vereinbarung hinsichtlich der Verwendung der Lebensversicherung zum Zweck der Hypothekentilgung getroffen.

Wir haben aber oben gesehen, daß volkswirtschaftlich und privatwirtschaftlich (insbesondere vom Standpunkt des Schuldners aus) gegenüber dem nichtamortisablen Darlehen das *amortisable* den Vorzug verdient: die Annuität sichert durch eine verhältnismäßig geringe Mehrleistung eine rasche, sichere und gleichmäßige Tilgung der Schuld; der Schuldner kann stets — was insbesondere für den Landwirt von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist — mit gleichbleibenden Zahlungen rechnen. Die Schuld ist aber im Falle einer Annuität in ganz erheblich kürzerer Zeit abgetragen, als wenn eine einfache Ratenrückzahlung vereinbart ist, und zwar deshalb, weil die Zinsen und Zinseszinsen aus den Amortisationsquoten *mit* zur Til-

gung des Kapitals verwendet werden können, weil anderseits das Kapital *regelmäßig* (im Gegensatz zur Ratenrückzahlung, bei der vielfach bezüglich Zeitpunkt und Höhe der einzelnen Zahlungen dem Schuldner Variierungen zugestanden werden) sinkt und der Zinsendienst hierfür dementsprechend regelmäßig geringer wird. Ein Kapital, bei dem eine jährliche *Rückzahlung* von ½ % vereinbart ist, ist in 200 Jahren getilgt, wird aber eine *Annuität* mit einer Amortisationsquote von ½ % gewählt, so ist das Kapital (Zinsfuß von 4 % angenommen) in etwa 56 Jahren amortisiert!

Auch hier, bei dem Amortisationsdarlehen, stellt aber der Tod des Schuldners der weiteren Tilgung ein Hemmnis entgegen. Hier knüpft die *Tilgungsversicherung* an. —

II. Kapitel. Begriff und Wesen der Tilgungsversicherung.

Während bei der gewöhnlichen „Hypothekarlebensversicherung" nicht amortisiert wird, vielmehr nur eine einfache Lebensversicherung abgeschlossen und diese dann bei Fälligkeit zur Deckung der vollen Schuld verwendet wird, ist hier bei der Tilgungsversicherung Objekt der Versicherung nur der beim Tode des Schuldners durch die bisherigen Zahlungen noch nicht gedeckte *Kapitalrest*, der sich ausdrückt in den vom Tode des Schuldners ab noch anfallenden Annuitäten, Amortisationsraten. **Tilgungsversicherung kann also nur da zur Anwendung kommen, wo es sich um ein Amortisationsdarlehen handelt.** Dies ist wesentlich und muß begriffsmäßig festgehalten werden. Stirbt der Schuldner vor Ablauf der Tilgungsdauer, so übernimmt an seiner Stelle die Versicherungsgesellschaft die Zahlung der weiteren Amortisationsraten. Die Dauer der *Versicherung* kann beliebig gewählt werden, jedoch kann der vertragsmäßige Ablaufstermin der Versicherung natürlich nicht auf einen späteren Zeitpunkt gelegt werden als der Ablaufstermin der Tilgungsdauer. Dagegen ist es wohl möglich, daß die Versicherungsdauer kürzer genommen wird als die Tilgungsdauer; in diesem Fall sind selbstverständlich, falls der Schuldner vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, die künftig fällig werdenden Annuitäten nur bis zum Ablauf der *Versicherungs*dauer von der *Gesellschaft* zu entrichten, die *nach* Ablauf der Versicherungsdauer bis zum Schlusse der Amortisation noch anfallenden Tilgungsraten sind dagegen wieder vom Erben zu bezahlen,[2]) da, wie aus den Ausführungen im III. Kapitel hervorgehen wird, diese Versicherungsform technisch dergestalt aufgebaut ist, daß die Leistungsverpflichtung der Gesellschaft stets gleichzeitig mit der Versicherungsdauer endigt. Aus diesem Grunde ist ersichtlich, daß vollkommensten Schutz nur eine Kombination bieten kann, bei der die Versicherungsdauer *nicht* vor der Armortisationsdauer abläuft.[3])

[2]) Dies selbstverständlich auch dann, wenn der Tod des Schuldners erst *nach* Ablauf der Versicherungsdauer, *vor* dem Ende der Amortisationsdauer eintritt.

[3]) Gerade in der Möglichkeit einer Abweichung hiervon ist ein wichtiger Unterschied der Tilgungsversicherung gegenüber dem sog. *Hecht*schen System, das unten im III. Kapitel ausführlich besprochen werden soll, zu erblicken; eben diese Abweichung kann aber dem Schuldner unter Umständen sehr erwünscht sein.



Der wesentlichste Unterschied der Tilgungsversicherung gegenüber der „Hypothekarlebensversicherung" bei nichtamortisablem Darlehen ist in folgendem zu erblicken:

Bei der Hypothekarlebensversicherung ist der Eintritt des Versicherungsfalls und damit die Fälligkeit eines *Kapitals gewiß*, es liegt dieser Kombination eine reine Lebensversicherung zugrunde. Die Tilgungsversicherung dagegen lehnt sich mehr an die sogenannte „Risikoversicherung" an: der Versicherungsfall braucht nicht mit Notwendigkeit einzutreten; als Versicherungsfall gilt nur, wenn der Tod des Schuldners (= des Versicherten[4]) vor Ablauf der Versicherungsdauer eintritt. Erlebt dagegen der Schuldner den Zeitpunkt, an dem die völlige Tilgung der Schuld erfolgt ist, so wird irgendeine Leistung aus der Tilgungsversicherung nicht fällig. Bei der reinen Lebensversicherung ist ein fest bestimmtes, sich gleichbleibendes Kapital versichert, das auf alle Fälle einmal gezahlt wird, bei der Tilgungsversicherung dagegen sind „Amortisationsraten", die versicherungstechnisch als *Renten* bezeichnet werden können, versichert; die Fälligkeit der ersten Rente und damit der folgenden ist bedingt durch den Eintritt des Todes; die Versicherung auf solche Renten entspricht aber mathematisch einer Versicherung auf (jährlich) fallende „Kapitalien"; denn die Höhe der Gesamt-Verpflichtung der Gesellschaft, d. h. das Gesamt-Risiko, sinkt, solange der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, von Jahr zu Jahr. Und wenn die zugrunde liegende Schuld des Schuldners durch die Amortisation völlig erloschen ist, kann auch keine „Schuldrente" mehr fällig werden, ein Kapitalrest ist nicht mehr vorhanden; mit diesem Zeitpunkt ist dann auch der Versicherungszweck weggefallen und damit die Versicherung selbst erloschen.

Das Wesen der Tilgungsversicherung dürfte mit dieser Gegenüberstellung wohl am besten gekennzeichnet sein.

Ihren Ausgang nimmt nun die Entwicklung der Tilgungsversicherung von der Sicherstellung *hypothekarischer* Darlehen.[5]) Jedoch

---

[4]) Es mag gleich hier erwähnt werden, daß, im Falle der persönliche Schuldner wegen vorgerückten Alters oder wegen schlechter Gesundheitsverhältnisse nicht zur Versicherung geeignet ist, dieselbe als sog. „Fremdversicherung" auf das Leben irgend eines anderen, z. B. eines Bruders des Schuldners, auf das Leben seines Sohnes, seiner Frau usw. genommen werden kann. Allerdings besteht in diesem Fall die Tatsache, daß die Schuld nicht mit dem Tode des Schuldners für seine Erben gedeckt ist, sondern eben erst mit dem Tod der versicherten Person.

[5]) *E. Engel* machte erstmals den Vorschlag, die Entschuldung der Landwirtschaft mit Hilfe der Lebensversicherung in die Wege zu leiten. Der Gedanke wurde insbesondere von dem Geheimrat *Hecht* in Mannheim aufgegriffen und in seinem Werk „Der Europäische Bodenkredit" in ein System gebracht. Wiederholt hat auch der Deutsche Landwirtschaftsrat in sehr eingehenden Erörterungen die Verbindung der Lebensversicherung mit Hypothekendarlehen bzw. die Frage der Verwendung der Lebensversicherung als Mittel der Entschuldung behandelt, vgl. insbesondere die Referate, Gutachten und Diskussionen im „Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats" Bd. 23 (1899) S. 192 ff., Bd. 24 (1900) S. 59 ff. und Bd. 25 (1901) S. 281 ff. Über die *rechtliche* Seite der ganzen Kombination verbreitete sich ausführlich *K. Schneider*-Stettin, („Agrarpolitik und Lebensversicherung") in der Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Bd. 57 (1901)

muß nachdrücklich hervorgehoben werden, daß eine Beschränkung auf hypothekarische Darlehen durchaus nicht dem Wesen der Tilgungsversicherung entsprechen würde. Im Gegenteil: wenn eine *durchaus sichere* (erststellige) Hypothek auf dem Grundstück lastet, dann braucht der Gläubiger keine weitere Sicherheit; anderseits stellt der Zinsendienst für eine einzige Hypothek zur ersten Stelle im allgemeinen *keine derartige* Belastung für den Übernehmer (Erben) dar, daß ihre Beseitigung eine unabweisbare wirtschaftliche Notwendigkeit wäre. Viel zweckentsprechender erscheint es, zur Tilgungsversicherung *dann* zu greifen, wenn die *res*, das Grundstück, *nicht* völlige Sicherheit bietet, wenn anderseits die Belastung mit weiteren Schulden so hoch gestiegen ist, daß zu befürchten ist, es könnten die Aufwendungen hierfür seitens des Erben die Grenze des wirtschaftlich Möglichen erreichen oder gar übersteigen. So kommen wir über die *Nach*hypothek, die teils Realkredit, teils Personalkredit darstellt, zur *rein persönlichen* Schuld. Und je mehr *Personal*kredit dem Schuldverhältnis zugrunde liegt, um so größer die innere Berechtigung der Hereinziehung der Lebensversicherung. Denn gerade die Umstände, die den Personalkredit stützen und begründen, die eigene Persönlichkeit, die Willenskraft und Tüchtigkeit des Schuldners, fallen mit seinem Tode auf einmal weg: hier muß die Versicherung eingreifen. Es ist notwendig, diese Momente gleich von vornherein zu betonen, damit nicht, entsprechend der bisherigen Entwicklung der Verbindung zwischen Lebensversicherung und Kredit, sich die Auffassung breit mache, als wäre die Anwendbarkeit dieser Kombination auf hypothekarische Darlehen beschränkt oder auch nur ihr wesenseigentümlich. —

III. Kapitel. Zur Technik und Praxis der Tilgungsversicherung.

Selbstverständlich muß es erstes Bestreben sein, diese Versicherungsform, deren Grundgedanke zweifellos sympathisch ist, für die Zwecke der Praxis brauchbar zu machen. Bei dem Versuch hierzu stellt sich nun eine Reihe von Schwierigkeiten und Eigentümlichkeiten ein, die teils im versicherungstechnischen Aufbau der Tilgungsversicherung, teils in der engen Verbindung der Versicherung mit der Darlehnsoperation und der dadurch hervorgerufenen Hereinziehung einer dritten Person (des Darlehensgläubigers) begründet liegen.

Im engsten Anschluß an das im vorigen Kapitel Erörterte seien jedoch noch folgende Bemerkungen vorweg genommen: Die Tilgungsversicherung stellt sich, wie oben erwähnt, als eine Art „Risikoversicherung" dar; die Leistung des Versicherers wird nur beim Eintritt einer bestimmten Eventualität fällig, nämlich nur beim Tode des Versicherten vor Ablauf der Versicherungsdauer. Da die Höhe der Leistung des Versicherers (wenn sie überhaupt fällig wird) von Jahr zu Jahr sinkt, müßte die Prämie natürlichem Empfinden nach von Jahr

S. 265 ff. Sehr instruktiv ist auch die Arbeit von Dr. *Ferdinand Meyer*: „Über die Lebensversicherung als Mittel zur Schuldentilgung" in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. VIII. S. 226 ff.

zu Jahr billiger werden. Jedenfalls steht fest: Wenn im ersten Jahre (als Summe aller künftig fälligen Annuitäten) 1000, im zweiten 950, im dritten 900 usw. versichert sind, so ist das billiger, als wenn jedes Jahr 1000 versichert sind.[6]) Es liegt aber auf der Hand, daß eine derartige Prämie den Bedürfnissen der Praxis im allgemeinen nicht gerecht wird; denn in wohl allen Fällen, besonders aber beim Landwirt, ist es für die jährliche Budgetaufstellung von Vorteil, mit möglichst gleichbleibenden Zahlungen rechnen zu können, ganz abgesehen von den Vorteilen, die eine gleichbleibende Prämie für die Versicherungsgesellschaft und für den Geldgeber bietet, und von den Nachteilen, die eine fallende Prämie für den Betrieb des Versicherers und des Kreditinstituts mit sich bringt. Es bietet nun mathematisch keine Schwierigkeiten, diese nur infolge des Sinkens des unter Risiko stehenden Betrags (nicht infolge des höher werdenden Alters) noch schwankende Prämie auch in *dieser* Hinsicht in eine „konstante", in eine „doppelt-konstante" umzurechnen.[7])

Nun hat die Gesellschaft bei der Tilgungsversicherung — im Gegensatz zur reinen Lebensversicherung — eine Reserve zur Deckung eines mit Sicherheit fällig werdenden Kapitals nicht anzusammeln; die technisch zur Erfüllung der „Rentenansprüche" zurückzustellende Reserve ist aber während der ganzen Versicherungsdauer sehr klein. Der Schuldner hat also für die Zwecke der *Reservierung* bei der Tilgungsversicherung fast nichts zu entrichten, seine Zahlung braucht fast nur das von der Gesellschaft zu tragende Risiko zu decken. Die Tilgungsversicherung ist also gegenüber der reinen Lebensversicherung bedeutend billiger.

---

[6]) Das stets steigende Alter des Versicherten, das eigentlich wieder zu einer Erhöhung der Prämien führen müßte, sipelt bei unserer gegenwärtigen Betrachtung keine Rolle: denn die ganze Lebensversicherung beruht ja darauf, daß die „natürlichen" Prämien, die infolge des steigenden Alters stets höher werden müßten, in lauter gleichbleibende Leistungen, in sog. „konstante" Prämien umgerechnet werden. Und hier gehen wir ja von der für ein bestimmtes Eintrittsalter tarifmäßig zu zahlenden, also bereits in eine „konstante" umgerechneten Prämie aus!

[7]) Allerdings kann es Fälle geben, in denen dem Versicherungsnehmer an einer jährlich *fallenden* Prämie liegen wird, so z. B. wenn der Versicherungsnehmer bei Abschluß der Versicherung nur Kinder in jugendlichem Alter hat, deren Erziehung und Ausbildung alljährlich steigende Kosten verursacht; da ist es möglicherweise dem Versicherungsnehmer angenehm, wenn er entsprechend der alljährlichen Steigerung dieser Ausgaben auf der anderen Seite für seine Versicherung Jahr für Jahr weniger aufzuwenden hat. In solchen Fällen hat das System der fallenden Prämie seine innere Berechtigung und entspricht den Geboten der Wirtschaftlichkeit. Bei dieser Betrachtung darf aber nicht außer acht gelassen werden, 1. daß auch eine „gleichbleibende" Prämie fallen wird, nämlich durch die Anrechnung der auf die Versicherung gewährten *Dividenden.* Und bei der fortschreitend günstigen Entwicklung unserer Lebensversicherungsgesellschaften erhalten auch die nach dem System der „gleichbleibenden" Dividenden Versicherten wenn nicht alljährlich, so doch in bestimmten mehrjährigen Zeiträumen etwas höhere Dividende, wodurch sich dann auch die „gleichbleibende" Prämie ermäßigt, und 2. daß die Anwendung der „fallenden" Prämien zur Folge hat, daß gerade die *ersten* Prämien, wenn der Schuldner vielleicht noch am wenigsten leistungsfähig ist, recht hoch sind! Und das ist sicherlich nicht zweckmäßig. —

A. Versicherungstechnische Durchführung.

1. die Hechtsche Versicherung „auf den Kapitalrest“ im Vergleich mit der Tilgungsversicherung.

Damit bei der Prämienaufstellung die genaue Höhe des Risikos in jedem Jahr richtig erfaßt werden kann, muß man wissen, wie hoch die alljährlich sinkende Verpflichtung der Gesellschaft in jedem einzelnen Jahr während der Versicherungsdauer noch ist. Die Gesamtverpflichtung des Versicherers besteht ja, wie ausgeführt, darin, die beim Tode des Schuldners noch nicht gedeckten Annuitäten zu bezahlen. Die Höhe dieser jeweiligen Gesamtverpflichtung ist nun abhängig von der Höhe der Amortisationsquote und von dem Zinsfuß. Aus diesen beiden Faktoren bestimmt sich dann auch die *Dauer* der Amortisation und demgemäß auch die Dauer der Versicherung (im Regelfall). Hiervon ausgehend hat *Hecht* in seinem bereits zitierten Werk „Der Europäische Bodenkredit“ ein System der Hypothekentilgungsversicherung[8]) ausgearbeitet, das als Objekt der Versicherung den jeweiligen Kapital*rest* ansieht.[9]) Diese Betrachtungsweise hat zur Folge, daß man eine Unzahl von Prämienberechnungen anstellen muß, so z. B. Prämienberechnungen (wobei die verschiedenen Eintrittsalter noch außer acht gelassen werden) für einen

Darlehnszinsfuß von $3^1/_2$, Amortisationsquote von $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$, 1, $1^1/_4$, $1^1/_2$, $1^3/_4$, 2 % usw.

Darlehnszinsfuß von $3^3/_4$, Amortisationsquote von $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$, 1 % usw.

Wenn die Annuität (Zins- + Amortisationsquote) z. B. 6 % beträgt, so kann sich dieser Betrag zusammensetzen aus:

$3^1/_2$ % Zins, $2^1/_2$ % Amortisation oder
$3^3/_4$ % „ , $2^1/_4$ % „ „
4 % „ , 2 % „ „
$4^1/_4$ % „ , $1^3/_4$ % „ „ usw.

wobei sogar von kleineren Bruchteilen als ¼ % abgesehen ist! In jedem der Fälle ändert sich die Dauer der Amortisation und verläuft die Reihe der Kapitalreste anders. Zunächst würden diese Prämien berechnet für ein Darlehenskapital von 1000. Begreiflicherweise könnten diese Weitläufigkeiten der Prämienberechnung allein die praktische Einführbarkeit der Tilgungsversicherung in Frage stellen.

Es muß daher nach einem Weg gesucht werden, um dies zu vermeiden. Und diesen Weg gibt es:

Der Schuldner eines amortisablen Darlehens muß eine stets gleichbleibende Summe entrichten, nämlich die Annuität, um nach Verlauf einer von vornherein festbestimmten Zeit (deren Dauer sich eben nach

---

[8]) *Hecht* nennt sein System „Hypothekentilgungsversicherung“; wir wollen aber statt dessen, um Verwechslungen mit unserer Tilgungsversicherung zu vermeiden, den *Hecht*schen Vorschlag mit „Versicherung auf den Kapitalrest“ bezeichnen.

[9]) Vgl. *Hecht*, l. c. Seite 14 ff., insbesondere Seite **16 Ziffer 3!**



der Höhe des Zinsfußes und der Amortisationsquote bemißt) die Schuld zurückgezahlt zu haben. Bei einem Darlehen von 10 000 M. und 4½ %iger Annuität[10]) sind jährlich 450 M. zu bezahlen; dies etwa 56 Jahre lang. Hernach ist die Schuld heimbezahlt. Stirbt nun der Schuldner vor Ablauf der 56 Jahre, so hat die Gesellschaft nach dem reinen *Hecht*schen System den „Kapitalrest" zu bezahlen; dieser Kapitalrest läßt sich für jedes Jahr im voraus berechnen. Er ist aber rechnerisch offenbar völlig gleich *der* Summe, die man findet, wenn man *die sämtlichen vom Tode des Schuldners ab* bis zum Schlusse der Amortisation *noch anfallenden, noch nicht entrichteten Amortisationsbeträge mit einem Zinsfuß, der gleich dem Darlehenszinsfuß ist, auf den Zeitpunkt des Todes diskontiert.* Der Versicherungsgesellschaft kann es aber, sobald ihre Leistung nicht in der Zahlung des Kapitalrestes, sondern in der Bezahlung der restlichen Annuitäten besteht, ganz gleichgültig sein, ob sich die 4½ %ige Annuität aus einem Zinsfuß von 4 % und einer Amortisationsquote von ½ %, oder aber z. B. aus einem Zinsfuß von 3½ % und einer Amortisationsquote von 1 % zusammensetzt. Letzterenfalls ist natürlich die Amortisationsdauer kürzer als 56 Jahre; aber die Amortisationsdauer[11]) ist ja am Anfang des Schuldverhältnisses bereits unverrückbar bestimmt! Wesentlich ist für unsere Frage, daß die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Schuldners einen bestimmten Betrag eine bestimmte Zeit lang zu bezahlen hat. Dementsprechend kann man die Tilgungsversicherung für die Zwecke der Aufstellung der Prämientabellen betrachten nicht als eine Versicherung auf den jeweiligen Kapitalrest (wie *Hecht*), sondern *als eine Rentenversicherung mit aufgeschobener (und durch den Tod des Schuldners vor Ablauf der Versicherung bedingter) Rentenleistung.* Die erste Rente wird fällig beim Tode des Schuldners innerhalb der Versicherungsdauer; es handelt sich sonach gewissermaßen um eine „umgekehrte Leibrentenversicherung", insofern als wohl das Ende derselben ein für allemal feststeht, dagegen unbestimmt ist, ob die Leistungspflicht der Gesellschaft überhaupt eintritt; *wenn* sie aber eintritt, ist sie nach Dauer und Höhe festgelegt und von keinerlei Bedingungen mehr abhängig.

Vom Beginn der Verpflichtung der Gesellschaft zur „Rentenzahlung" an stellt sich also diese Versicherung dar als eine gewöhnliche *Zeitrente.* Durch diese Betrachtungsweise aber können — und darauf kommt es hier an — die Prämienberechnungen völlig unabhängig von der Höhe des gewährten Darlehens, von dem vereinbarten Darlehenszinsfuß und der Amortisationsquote angestellt werden: die Prämien werden berechnet für die verschiedenen Eintrittsalter und für die verschiedenen Ablaufszeiten (Dauer der Versicherung) für eine „Versicherungs*rente*" von z. B. 100 M.; genau wie bei der gewöhnlichen Lebensversicherung die Prämien aufgestellt werden unter Berücksichtigung des [illegible]alters und der Dauer für eine bestimmte Versicherun[illegible]ei Faktoren: Höhe des Darlehens, Zins

10) [illegible] Amortisationsquote angenommen ist.

11) [illegible] welche *äußerstenfalls* die Verpflichtung





und Amortisationsquote, drücken sich dann bereits in der *Dauer* der Amortisation (= Dauer der Versicherung) und Höhe der Annuität aus, somit in Faktoren, die bei jeder Prämienberechnung berücksichtigt werden müssen.

Dies Verfahren hat also in erster Linie den von uns erstrebten Vorteil, daß nämlich an Stelle der Unmenge von Tarifen, die bei der Versicherung auf den Kapital*rest* infolge der *direkten* Hereinziehung des Darlehenskapitals, des Zins- und Amortisationssatzes erforderlich wären, eine *einzige* Tabelle für die verschiedenen in Betracht kommenden Amortisationsdauern genügt; diese enthält, wie bei der gewöhnlichen Lebensversicherung, die Höhe der Prämien für jedes Eintrittsalter und für jede einzelne mögliche Dauer, und zwar für eine Versicherungsrente von 100 M., erstmals zahlbar mit dem Tode des Schuldners, längstens aber bis zum Ende der Versicherungsdauer.

Dieser Auffassung (Tilgungsversicherung als Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung) kommt aber noch eine weitere Bedeutung zu, nämlich hinsichtlich des Verhältnisses zwischen

2. Versicherungsdauer und Amortisationsdauer.

Bereits oben[12]) wurde darauf hingewiesen, daß es bei der Tilgungsversicherung dem Schuldner freisteht, die Versicherungsdauer kürzer zu wählen als die Amortisationsdauer. In diesem Fall leistet freilich die Gesellschaft im Falle des Todes des Schuldners vor Ablauf der Versicherungsdauer die vereinbarten Annuitäten nur bis zum Endtermin der *Versicherung;* von da an bis zum Schluß der Amortisationsdauer haben die Erben des Schuldners wieder einzutreten. Aber durch die Wahl einer gegenüber der Amortisationsdauer verkürzten Versicherungsdauer hat der Schuldner auch nur eine niedrige Versicherungsprämie zu entrichten.[13]) Diese Möglichkeit einer geringeren Prämienleistung kann dem Schuldner unter Umständen sehr wertvoll sein, namentlich, wenn es aus irgendwelchen Gründen *unbedenklich* ist, dem Erben einen kleinen Teil der Schuld zur Deckung zu überlassen. Dabei ist zu beachten, daß dieser Teil seiner *höchsten* Höhe nach sich stets von vornherein bestimmen läßt: er ist eben im *schlimmsten* Falle gleich der (diskontierten) Summe *der* Annuitäten, die vom Ablauf der Versicherungsdauer bis zum Ablauf der Amortisationsdauer noch fällig werden. Diese Summe bleibt unverändert, wenn der Tod des Schuldners innerhalb der Versicherungsdauer erfolgt. Stirbt der Schuldner später, so verringert sich die Verpflichtung des Erben um die von dem Schuldner selbst noch geleisteten Annuitäten. So läßt sich bei der Tilgungsversicherung genau vorher bestimmen, mit welchen Leistungen im Höchstfall der Erbe noch beschwert bleiben soll. Bei dem reinen *Hecht*schen System muß dagegen begriffsmäßig die Dauer der Versicherung mit der Dauer der

---

[12]) Siehe oben II. Kapitel, Fußnote 3.

[13]) Daß die Verpflichtung der Gesellschaft zur Leistung der vereinbarten Annuitäten spätestens mit dem Ablauf der Versicherungsdauer aufhört, entspricht Zweckmäßigkeitsrücksichten; denn gerade diese Kombination paßt sich in besonderem Maße an das Annuitätensystem an.



Amortisation identisch sein; denn die Versicherung dauert eben so lange, als noch ein Kapitalrest vorhanden ist; dies ist aber bis zum Ende der Amortisationsdauer der Fall. Erscheint es wünschenswert, daß der Erbe noch mit einem Teil der Schuld belastet bleibt, so kann dies beim *Hecht*schen System nur in der Weise bewirkt werden, daß entweder die Versicherung nur für einen Teil der Amortisationsschuld genommen wird, oder aber, daß von vornherein ein Teil des Darlehens nichtamortisabel aufgenommen wird. Ersteres ist vielfach nicht zweckentsprechend,[14]) letzteres umständlich.

Noch in anderer Hinsicht ist der Schuldner bezüglich des Verhältnisses zwischen Versicherungsdauer und Amortisationsdauer bei der Tilgungsversicherung freier und unabhängiger gestellt als bei dem *Hecht*schen System. Während bei lezterem unbedingt mit dem Beginn der Amortisation die Versicherung abgeschlossen werden muß,[15]) steht es dem Schuldner bei der Tilgungsversicherung völlig frei, in irgendeinem späteren Zeitpunkt die Tilgungsversicherung einzugehen. Die Prämie wird einfach unter Zugrundelegung des beim Beginn der Versicherung erreichten Alters und unter Berücksichtigung der künftigen Dauer der Versicherung (= der künftigen Tilgungsdauer, wenigstens im Regelfall) aus dem Tarif entnommen. Auch wenn die Versicherung bereits einmal aufgegeben worden sein sollte, kann sie — nötigenfalls gegen den Nachweis guter Gesundheitsverhältnisse — nach dem eben besprochenen Modus jederzeit wieder aufgenommen werden.

3. „Negative Reserven“ und ihre Vermeidung.

Wie die zu 1. erörterte Tatsache, daß bei der Versicherung nach *Hecht*schem System eine Unzahl von Tarifen und Berechnungen erforderlich sei, die diese Versicherungsart für die Praxis unverhältnismäßig verteuern, wenn nicht überhaupt ihren Betrieb unmöglich machen würden, so bildet auch die Erscheinung der „negativen Prämienreserven“ einen Hauptangriffspunkt der Gegner der Tilgungsversicherung in jeder Form.[16])

---

[14]) da die Höhe der Gesamtverpflichtung des Erben während der *ganzen* Amortisationsdauer sinkt und somit *stets* vom Zeitpunkt des Todes des Schuldners abhängig ist (— bei unserer Tilgungsversicherung ist im Gegensatz hierzu die Höhe der Gesamtverpflichtung des Erben erst und nur dann vom Tod des Schuldners abhängig, wenn dieser nach Ablauf der Versicherungsdauer eintritt —); bei sehr frühzeitigem Tod des Schuldners kann der Erbe höher, bei sehr spätem Tod niedriger, als der Schuldner es gewünscht hätte, belastet sein!

[15]) Die Einfügung der Versicherung „auf den Kapitalrest“ in eine bereits begonnene Amortisation hat stets Weitläufigkeiten rechnerischer Art im Gefolge; insbesondere muß dabei stets die Höhe der Restschuld im Moment des Beginns der Versicherung festgestellt werden.

[16]) Siehe Gutachten von Dr. *Leibbrand,* erstattet dem Deutschen Landwirtschaftsrat, abgedruckt im „Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats“, Bd. 23 (1899) S. 258 (Ziff. 4), ferner Gutachten der vier Gegenseitigkeitsgesellschaften zu Gotha (Lebensversicherungsbank für Deutschland), Leipzig (Lebensversicherungsgesellschaft zu Leipzig), Stuttgart (Lebensversicherungs- und Ersparnisbank) und Karlsruhe (Allgemeine Versorgungsanstalt im Großh. Baden, Karlsruher Lebensversicherung) im „Archiv d. Deutsch. Landwirtschaftsrats“, Bd. 24 (1900), S. 86 ff.

Zum Verständnis dieses Einwandes muß ich etwas weiter ausholen: Die Versicherungsgesellschaft hat jedes Jahr ein bestimmtes Risiko zu tragen; als Entgelt hierfür bekommt die Gesellschaft die „Risikoprämie“. Diese Risikoprämie ist zunächst variabel, sie sinkt entsprechend der durch die Amortisation herbeigeführten Reduktion des unter Risiko stehenden Betrags, sie steigt infolge des höher werdenden Alters. Rechnet man nun diese variable Risikoprämie in eine „konstante“, und zwar, wie oben (vgl. Abs. 2 des III. Kapitels und Fußnote 6) empfohlen, in eine „doppelt-konstante“ um, so zeigt sich, daß diese Prämie in vielen Fällen während eines Teils der Versicherungsdauer gar nicht hinreicht, um das Risiko der Versicherungsgesellschaft zu decken; erst in den letzten Jahren der Versicherung wird das Risiko kleiner als die Prämie. Berechnet man nun die Prämie so, so müßte die Gesellschaft eine Zeitlang Vorschüsse aus ihren eigenen Geldern geben. Diese Erscheinung nennt man „Auftreten von negativen Prämienreserven“. Die geleisteten Vorschüsse würde die Gesellschaft rechnungsmäßig wieder aus ihren späteren Einnahmen (in späteren Jahren wird ja die Prämie wieder höher als das Risiko) decken. Würde nun gerade kurz nach jenen Zeiten, in denen die erhaltene Prämie das getragene Risiko nicht voll deckt, die Versicherung aufgegeben, so würde die Gesellschaft benachteiligt, denn die Statuierung eines absoluten Zwangs zur Fortführung der Versicherung bis zum Ablauf wäre mit Rücksicht auf die zwingende Vorschrift des § 165 (§ 172) des Versicherungsgvertragsgesetzes unzulässig, und so kann die Versicherungsgesellschaft der vom Versicherungsnehmer ausgesprochenen Kündigung des Vertrags keinerlei Widerstand entgegensetzen; sie würde also die späteren Prämien nicht mehr erhalten, die geleisteten „Vorschüsse“ somit tatsächlich nicht mehr zurückbekommen. Darauf kann sich nun allerdings eine solide Gesellschaft nicht einlassen. Allein bereits *Hecht* hat einen Weg gezeigt,[17]) wie diese negativen Prämienreserven vermieden werden können: man braucht nur die *Prämienzahlungsdauer* der Versicherung etwas abzukürzen; dadurch werden naturgemäß die sämtlichen Prämien ein wenig höher; denn die *Versicherungsdauer* bleibt die gleiche, das Risiko bleibt ebenfalls das gleiche, nur erhält die Gesellschaft um drei oder fünf[18]) Jahresprämien weniger, die einzelne Jahresprämie muß dementsprechend höher werden. Der Einwand, die Tilgungsversicherung sei wegen des Auftretens der negativen Prämienreserven praktisch unbrauchbar, fällt daher in sich selbst zusammen, da es, wie eben gesagt, nur eines einfachen Rechenmanövers bedarf, um dieselben zu vermeiden. —

---

[17]) *Hecht*, l. c. S. 76 ff.

[18]) Tatsächlich genügt in den weitaus meisten Fällen (namentlich in Fällen, in denen die Tilgungsdauer nicht kürzer als 20 Jahre ist,) eine solch minimale Abkürzung der Prämienzahlungsdauer, um das Auftreten der negativen Reserven zu verhindern. Dies hat seinen Grund darin, daß durch die Abkürzung der Prämienzahlung der Schwerpunkt der Prämienzahlung auf den ersten Teil der Versicherungsperiode gelegt wird und damit die Verteilung der Prämienzahlung in Übereinstimmung gebracht wird mit der Verteilung des Risikos, dessen Schwerpunkt ebenfalls in der ersten Hälfte der Versicherungsperiode liegt.

B. Abweichungen vom regulären Verlauf und ihre Bedeutung.

Aus den bisherigen Erörterungen ist der wirtschaftliche Effekt und der technische Aufbau der Tilgungsversicherung zur Genüge ersichtlich. Nun können aber bei den beteiligten Personen bzw. in den zugrunde liegenden Verhältnissen *Veränderungen* eintreten, und es erscheint notwendig, diese möglichen Veränderungen nach ihren Ursachen und Wirkungen näher zu beleuchten, da auch von ihnen die praktische Brauchbarkeit der Tilgungsversicherung sehr abhängt. Veränderungen können eintreten in dem zwischen dem Gläubiger und dem Schuldner bestehenden *Schuld*verhältnis und in dem zwischen dem Schuldner und dem Versicherungsunternehmen bestehenden *Versicherungsverhältnis.*

1. Veränderungen im Schuldverhältnis.

Das Schuldverhältnis kann sich dadurch ändern, daß an Stelle des bisherigen Gläubigers durch Abtretung der Forderung ein neuer Gläubiger tritt; ist die Forderung hypothekarisch gesichert, so sind dabei selbstverständlich auch die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Hypothek (BGB. §§ 1113 ff., insbesondere §§ 1153 ff.) zu beachten. Natürlich wird z. B., wenn der Schuldner dem alten Gläubiger gegenüber zur Bezahlung der Tilgungsversicherungsprämie verpflichtet war und wenn die Erfüllung dieser Verpflichtung durch Eintragung im Grundbuch als „Nebenleistung" dinglich gesichert war, dies auch dem neuen Gläubiger gegenüber bestehen bleiben. Ebenso ist es möglich, daß der Gläubiger z. B. in Konkurs gerät oder daß die ihm gegen den Schuldner zustehende Forderung gepfändet wird. Allein alle diese Momente berühren die Tilgungsversicherung als solche überhaupt nicht, und man kann ganz allgemein den Satz aufstellen, daß eine Veränderung in den Verhältnissen oder in der Person des Gläubigers stets nur von untergeordneter, wenn nicht überhaupt ohne Bedeutung für den Weiterlauf der Tilgungsversicherung ist. Zudem wird mit Rücksicht darauf, daß als Gläubiger fast ausschließlich Geldinstitute in Betracht kommen, die Frage einer Veränderung in der Person des Gläubigers praktisch so gut wie gar keine Rolle spielen.

Viel wichtiger ist jene Veränderung im Schuldverhältnis, die sich als Wechsel in der Person des *Schuldners,* als „Besitzwechsel", darstellt. Die Erörterung des „Besitzwechsels" hat selbstverständlich praktischen Sinn nur für die Fälle, in denen die Tilgungsversicherung zur Sicherung einer Hypothekenschuld dient.[19])

Was geschieht nun mit der Tilgungsversicherung im Falle einer freiwilligen oder unfreiwilligen Veräußerung? Über die Sachlage im Falle eines durch *Tod* des Eigentümers (Schuldners) hervorgerufenen

[19]) Wohl ist denkbar, daß z. B. ein amortisables Darlehen hergegeben wird von einem einzelnen Gläubiger gegen Verpfändung einer *beweglichen* Sache und Abschluß einer Tilgungsversicherung; da würde dann freilich die Beziehung der Tilgungsversicherung zum Besitzwechsel im Falle einer zwar dinglich, aber nur durch Mobiliarpfandrecht gesicherten Schuld zu besprechen sein. Aber derartigen Kombinationen kommt unter den heutigen Verhältnissen doch nur eine recht untergeordnete Bedeutung zu!



Besitzwechsels wird unten im IV. Kapitel ausführlich die Rede sein; an gegenwärtiger Stelle sind also nur zu erörtern die Verhältnisse beim Besitzwechsel *zu Lebzeiten des Schuldners*. Hier ist klar: je mehr das gewährte Darlehen auf dem *Personal*kredit ruht, von den persönlichen Verhältnissen des Schuldners abhängig ist (Nachhypotheken!), um so mehr bedeutet ein Wechsel in der Person des Eigentümers (Schuldners) eine Gefährdung des Gläubigers. Diesen Wechsel in der Person des Eigentümers kann der Gläubiger, was besonders hervorgehoben werden muß, nicht etwa dadurch verhindern, daß er mit dem Schuldner eine vertragliche Abmachung des Inhalts trifft, daß letzterer das Grundstück nicht solle veräußern dürfen. Denn das Bürgerliche Gesetzbuch versagt derartigen Vereinbarungen zwischen Schuldner[20]) und Gläubiger *jede* Wirksamkeit: § 1136. Der allgemein herrschenden Ansicht nach (vgl. *Staudinger,* Kommentar z. BGB. § 1136, Anm. 2) hat eine derartige Vereinbarung nicht einmal *obligatorische* Wirksamkeit; es ist also der Schuldner, wenn er trotz entgegenstehender Abmachung das Grundstück doch weiterveräußert, dem Gläubiger nicht einmal schadenersatzpflichtig! Jedoch ist die Erreichung des vom Gläubiger beabsichtigten Zwecks, eine Veräußerung oder Weiterbelastung des Grundstücks wenigstens zunächst auszuschließen, auf Umwegen möglich: Ein solcher Umweg ist die Bestellung und grundbuchmäßige Eintragung eines *dinglichen Vorkaufsrechts* zugunsten des Gläubigers; oder aber, der Gläubiger trifft mit dem Schuldner eine Vereinbarung dahingehend, daß die hypothekarisch gesicherte Forderung im Falle einer Veräußerung oder Weiterbelastung sofort ohne Kündigung zur Rückzahlung fällig sein soll. Beide Maßnahmen müssen, gerade angesichts der strikten und engbegrenzten Fassung des § 1136, als rechtlich zulässig angesehen werden. —

Abgesehen von der *freiwilligen* Veräußerung, die zu verhindern der Gläubiger immerhin in der Hand hat, kann aber ein Wechsel in der Person des Eigentümers auch eintreten durch die Subhastation; und gegen diesen Wechsel hat der Gläubiger keinerlei Vorbeugungsmittel!

Wird nun tatsächlich eine andere Person Eigentümer des verpfändeten Grundstücks, so muß beziehentlich der vom ursprünglichen Schuldner(-Eigentümer) abgeschlossenen Tilgungsversicherung allerdings offen und unumwunden zugegeben werden, daß alsdann der Zweck und Sinn derselben völlig weggefallen ist: Was hat der neue Schuldner für ein Interesse daran, daß die Amortisationsschuld gerade beim Tode des alten Schuldners für ihn getilgt ist? Und was hätte der alte Schuldner für ein Interesse an der Fortsetzung der Versicherung und der Prämienzahlung? Die Tilgungsversicherung auf das Leben des Schuldners hat somit mit dem Ausscheiden desselben aus dem *Hypotheken- und Eigentumsverhältnis* zunächst ihre Grundlage, ihre Berechtigung verloren. Aber es muß sofort betont werden: Nur *inso-*

[20]) Der Einfachheit halber gehe ich davon aus, daß der Eigentümer des Grundstücks gleichzeitig der persönliche Schuldner des Hypothekengläubigers ist.



weit hat sie ihre Grundlage verloren, als der Schuldner aus dem *Hypotheken- und Eigentumsverhältnis* ausgeschieden ist; ***insoweit ein persönliches Schuldverhältnis zwischen Schuldner und Gläubiger bestehen bleibt, ist kein Anlaß, die*** zur Sicherung und Stärkung dieses Schuldverhältnisses genommene ***Versicherung aufzugeben.*** Des näheren hierzu: Wie bemerkt, erklärt das Gesetz jede vertragliche Abmachung, die eine Verfügungsbeschränkung des Hypothekenschuldners zugunsten des Hypothekengläubigers enthält, als nichtig; anderseits geht mit dem Eigentum am Grundstück stets auch die darauf lastende Hypothek über. Der Schutz des Gläubigers liegt nun einmal in der dinglichen Haftung des Grundstücks und dann darin, daß der frühere Eigentümer des Grundstücks, wenn er der persönliche Schuldner war, dem Gläubiger zunächst auch nach der Übereignung des hypothekarisch belasteten Grundstücks *persönlich* haftbar bleibt. Einen Weg, diese Haftbarkeit für die persönliche Schuld aufzuheben, gibt § 416 BGB. Wenn aber der Gläubiger seine Genehmigung zur Schuldübernahme *nicht* erteilt,[21]) — was stets dann der Fall sein wird, wenn dem Gläubiger der neue Schuldner nicht so solvent erscheint als der bisherige — dann hat auch die Tilgungsversicherung, die auf den Tod des bisherigen Schuldners genommen wurde, ihre volle Existenzberechtigung bewahrt. Denn bezüglich der Person des alten Schuldners wird ja im Falle der Genehmigungsverweigerung seitens des Gläubigers das Schuldverhältnis nicht alteriert.

Wenn übrigens der Schuldner zur Zeit der Veräußerung des hypothekarisch beliehenen Grundstücks nicht mehr so ganz gesund ist, ja vielleicht sein baldiges Ableben befürchtet werden muß, dann wird die Versicherung ohnedies fortgesetzt werden; denn in diesem Falle bringt sie für den Schuldner bzw. seine Erben einen finanziellen Vorteil, und auch der neue Schuldner wird bei solcher Sachlage die Prämienzahlung gern übernehmen. Allerdings bleibt zu beachten, daß die Gesellschaft als Gläubigerin der Prämienzahlungen *theoretisch* nicht gehalten ist, einen neuen Schuldner an Stelle des alten ohne weiteres anzuerkennen. Allein die Weigerung der Gesellschaft, den Übernehmer des Grundstücks bzw. der Schuld als „Schuldner“ der Prämienzahlung zu betrachten, hilft ihr gar nichts: denn erstens muß die Gesellschaft die Zahlung von jedem, der sie ihr bewirkt, also auch von dem neuen Schuldner annehmen: § 267 Abs. 1 Satz 1 BGB., und dies hat zur Folge, daß auch der Versicherungsschutz aufrechterhalten bleibt; zweitens aber hat es gar keine Schwierigkeiten, die Prämienzahlung *nominell* durch den seitherigen Schuldner (Übernehmer) bewirken zu lassen; das Verhältnis zwischen Übernehmer der Schuld bzw. des Grundstücks und Veräußerer (= bisherigem Schuldner), insbesondere das Bestehen oder Nichtbestehen einer Verpflichtung des letzteren, die Tilgungsversicherung der Gesellschaft gegenüber nominell weiterzuführen, einer Verpflichtung des ersteren zum Ersatz der hierdurch

[21]) Die Verweigerung der Genehmigung muß innerhalb einer Frist von sechs Monaten, und zwar, wie sich aus der Fassung des § 416 ergibt, *ausdrücklich* erfolgen, andernfalls die Schuldübernahme durch den neuen Schuldner als seitens des Gläubigers genehmigt gilt.



verursachten Aufwendungen usw. geht ja die Gesellschaft gar nichts an!

Wenn aber die eben geschilderten Verhältnisse nicht zutreffen und nun, nachdem der Gläubiger die Schuldübernahme genehmigt hat, für die Tilgungsversicherung keinerlei Raum ist, dann stellt der bisherige Schuldner, d. i. der Versicherungsnehmer, die Prämienzahlung eben ein und die Versicherung wird von der Gesellschaft gekündigt. Der Verlust, den der Versicherungsnehmer hierdurch erleidet, ist nicht bedeutend; denn die Tilgungsversicherungsprämien waren stets klein, sie dienten ja nur zur Deckung des Risikos. Und als Äquivalent für seine Zahlungen genoß der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz. Möglicherweise kann sogar (namentlich im zweiten Viertel der Versicherungsdauer) ein kleiner Rückkaufswert gewährt werden. Da höre ich den *Einwand:* Hätte der Schuldner nun in diesem Falle eine einfache, reguläre Lebensversicherung abgeschlossen, so könnte er jetzt, nachdem er Grundstück und Schuld losgeschlagen hat, die Versicherung zum Zwecke der Fürsorge für seine Angehörigen weiterführen und hätte durch die bisherigen Zahlungen schon eine sehr beträchtliche Anwartschaft auf das Kapital, jedenfalls aber einen hohen Rückkaufswert der Police angesammelt. Dieser Einwand übersieht: 1. daß die Rechte aus der Versicherung dem Gläubiger zustehen (andernfalls hätte ja, wie weiter unten ausgeführt, die Tilgungsversicherung für den *Gläubiger* gar keinen Sinn!) und daß der Gläubiger die Rechte nur aufgeben, bzw. auf den Versicherungsnehmer zurückübertragen wird, wenn er *völlig* befriedigt oder sichergestellt ist; 2. daß der Gläubiger seinerzeit bei Hergabe des Darlehens für den Abschluß der Lebensversicherung *auf die Amortisation verzichten* mußte. Liegt nun eine hypothekarisch gesicherte Schuld vor, so besteht diese, da nicht amortisabel, bei der Übertragung des Grundstücks in *voller* Höhe; der Gläubiger wird, da sich an der Hypothek nichts geändert hat, aus dem Grundstück nicht mehr und nicht weniger gedeckt sein, als zuvor: er wird also auch für eine Freigabe der Lebensversicherung, die ihm durch ihren Rückkaufswert ein sicheres Objekt wenigstens zur Befriedigung eines Teiles seiner Forderung darstellt, nicht mehr und nicht weniger zu haben sein als zuvor! Endlich 3. übersieht der erwähnte Einwand, daß die Anwartschaften und Rechte (insbesondere Rückkaufswert, Umwandlungswert, Unanfechtbarkeit usw.), die sich der Schuldner durch die Zahlung der Prämie für die reine Lebensversicherung erworben hat, nur erworben wurden durch *den* Teil der ganzen Prämienleistung, um den die Prämie der reinen Lebensversicherung *höher* ist als die Prämie für die Tilgungsversicherung! Anders ausgedrückt: Das Vorhandensein dieser Rechte ist bedingt durch eine Leistung, die der Schuldner bei Anwendung der Tilgungsversicherung überhaupt gar nicht für Versicherungszwecke hätte bewirken müssen![22]) Er hätte diese selben Beträge bei der Tilgungsver-

[22]) Diese Mehrleistung des Schuldners bei Abschluß einer reinen Lebensversicherung gegen Gewährung eines nichtamortisablen Darlehens ist eben die sog. *Reserve*prämie, die bei der Tilgungsversicherung verschwindend klein ist. Vgl. hierzu auch unten die Anmerkung 51!



sicherung vielmehr zur *Amortisation* der Schuld verwendet! Der oben angeführte Einwand stellt sich sonach als ganz unzutreffend heraus. —

Wenn nun auch der Wechsel in der Person des Schuldners die wichtigste der Veränderungen im Schuldverhältnis darstellt, deren Einfluß auf die Tilgungsversicherung zu erörtern ist, so kann doch in einer ausführlichen Darstellung des Systems der Tilgungsversicherung nicht unterlassen werden, auch noch auf einige weniger bedeutsame Alterationen des Schuldverhältnisses einzugehen. So ist es möglich, daß außerhalb der Amortisation von dem Schuldner Rückzahlungen gemacht werden, oder daß vertragsmäßig die Höhe der Amortisationsquoten, ja sogar des Zinsfußes abgeändert wird. Hier muß festgestellt werden, daß den einmal abgeschlossenen Versicherungsvertrag derartige nachträgliche Modifikationen zunächst nicht mehr berühren können. Es muß ja von vornherein die Dauer der Versicherung bereits feststehen, ebenso die Höhe der Leistungen der Gesellschaft (die Höhe der „Versicherungsrenten"). Doch steht, wenn später im *Schuld*verhältnis solche Alterationen eintreten, nichts im Wege, vermittels *besonderer* Vereinbarungen auch eine Änderung im *Versicherungs*verhältnis herbeizuführen. Dies ist namentlich dann empfehlenswert, wenn nachträglich die Amortisationsdauer *abgekürzt* wird (z. B. durch Rückzahlungen außerhalb des Rahmens der Amortisation), so daß alsdann das Ende der Tilgungsdauer auf einen früheren Zeitpunkt fallen würde als das Ende der Versicherungsdauer. Hier erscheint es, schon um Schädigungen des Versicherungsnehmers vorzubeugen, dringend erwünscht, auch die Versicherungsdauer abzukürzen. Denn nach Ablauf der Tilgungsdauer ist eine Fortsetzung der Tilgungs*versicherung* absurd. Diese Abänderung kann nur unter Zugrundelegung einer neuen mathematischen Berechnung erfolgen; der Ausweg, einfach nach Ablauf der Amortisationsdauer die Prämienzahlung einzustellen, ist technisch nicht einwandfrei und für den Versicherungsnehmer meist nicht vorteilhaft. Sind die nachträglich im Schuldverhältnis eintretenden Veränderungen aber dergestalt, daß hierdurch die Amortisationsdauer *nicht* berührt wird, sondern nur die *Höhe* der vom Schuldner für das Darlehen alljährlich zu leistenden Zahlungen,[23]) so gestattet gerade die Durchführung der Versicherung als einer *Renten*versicherung (Versicherung auf Renten mit aufgeschobener Rentenzahlung, nicht Versicherung auf den Kapitalrest, vgl. oben III. Kapitel, A, 1!) ohne weiteres, diese hinsichtlich der Höhe der Annuität eingetretenen Variationen im *Schuld*verhältnis auch auf das *Versicherungs*verhältnis zu übertragen. Denn die Prämien für die Versicherung sind (angenommen) im Tarif für M. 100.— jährlicher Versicherungsrente berechnet; hat der Schuldner nun statt einer Annuität von z. B. M. 630.— (etwa 5 % Zins, 1,3 % Amortisation) künftig jährlich M. 700.— zu bezahlen, so schließt er eben vom Änderungs-

---

[23]) Derartige Alterationen werden freilich recht selten sein, weil die beiden Faktoren: Zins und Amortisationsquote, gleich wesentlich die Dauer der Amortisation bestimmen, so daß das Verhältnis, in dem eine Veränderung dieser beiden Faktoren auf die Tilgungsdauer *ohne* Einfluß bleibt, sehr kompliziert ist.



termin ab eine Nachversicherung ab unter Zugrundelegung des nunmehr erreichten Eintrittsalters für eine Versicherungsrente von M. 70.— unter Berücksichtigung der künftigen Dauer der Tilgung. —

2. Veränderungen im Versicherungsverhältnis.

Haben wir eben untersucht, in welcher Weise die im *Schuld*verhältnis eintretenden Veränderungen das Versicherungsverhältnis beeinflussen, so bleibt noch übrig, auch das Versicherungsverhältnis in Hinsicht auf mögliche Alterationen zu betrachten. Das Versicherungsverhältnis kann sich dadurch ändern, daß die Versicherung aufgehoben, zurückgekauft, in eine prämienfreie umgewandelt und schließlich nach einem anderen Tarif (Einschluß der Invalidität!) abgeändert wird.[24]) Alle diese Modifikationen sind ohne Einfluß auf das Schuldverhältnis; überhaupt muß betont werden, daß der Gläubiger, mag er ein Privatmann oder ein Kreditinstitut sein, *theoretisch* völlig außerhalb des Versicherungsverhältnisses steht. Dieser theoretische Grundsatz erfährt aber in der Praxis viele Durchbrechungen und zwar hauptsächlich in zwei Richtungen:

a) Der Gläubiger wird sich zu seiner eigenen Sicherheit stets die Rechte aus der Versicherung abtreten lassen; denn nur unter dieser Voraussetzung — das sei hier ein für allemal hervorgehoben! — hat die Versicherung für den *Gläubiger* einen Sinn. Dies gilt ganz ohne Rücksicht darauf, ob eine reguläre Lebensversicherung oder eine Tilgungsversicherung abgeschlossen ist. Allerdings sind die Rechte, die aus einer Tilgungsversicherung *vor* Eintritt des Versicherungsfalls hergeleitet werden können, sehr gering, da sich ja die Tilgungsversicherung in ihrem Wesen außerordentlich der „Risikoversicherung" nähert, bei der von den Prämien fast nichts reserviert, vielmehr alles zur Deckung des Risikos verwendet werden muß und daher auch die Gewährung eines Rückkaufswertes bei weitem nicht in dem Umfange wie bei der regulären Lebensversicherung möglich ist. Immerhin steht bei der Tilgungsversicherung infolge gewisser technischer Berechnungsmodalitäten ein wenn auch kleiner Rückkaufswert wenigstens während der mittleren Jahre ihrer Dauer zur Verfügung, und es erscheint zunächst schon zweckmäßig, daß sich der Gläubiger sein Recht auch auf diesen kleinen Wert sichert dadurch, daß er sich die Versicherung überhaupt abtreten läßt. Hauptsächlich aber ist die Abtretung der Rechte auch beim Vorliegen einer Tilgungsversicherung empfehlenswert, weil dann der Gläubiger nach eingetretenem Versicherungsfall die Zahlung der Amortisationsbeträge von der Gesellschaft direkt an sich verlangen kann. — Sind nun aber die Rechte aus der Versicherung dem Gläubiger abgetreten, so ist dem Schuldner die freie Verfügung über die Versicherung unmöglich, der Gläubiger ist vielmehr als aus der Versicherung berechtigte Person unmittelbar am Versicherungsverhältnis beteiligt.

[24]) Die Betrachtung der Verhältnisse im Falle des *Todes* des Schuldners wie auch die Erörterung des Einflusses desselben auf das Schuldverhältnis sei, weil zu kompliziert, einem besonderen Kapitel, dem nächsten, vorbehalten!



b) Ferner erfährt der obige Grundsatz, der Gläubiger stehe außerhalb des Versicherungsverhältnisses, praktisch eine bedeutsame Einschränkung dadurch, daß vielfach der Schuldner kraft besonderer Abmachung dem Gläubiger gegenüber zur ordnungsmäßigen Fortführung der Versicherung verpflichtet ist.

In beiden Fällen ist also der Gläubiger am Versicherungsverhältnis interessiert. Auch in anderer Weise wird manchmal eine besondere Beziehung zwischen Schuldverhältnis und Versicherung geschaffen, so z. B. wenn vereinbart wird, daß die Rückzahlung des Darlehens ohne jede Kündigung sofort zu erfolgen habe, wenn der Schuldner seiner Verpflichtung zur Zahlung der Versicherungsprämie nicht ordnungsmäßig nachkommt oder aber dadurch, daß der Gläubiger eines *Hypotheken*darlehens sich die Zahlung der Versicherungsprämie als sogen. „Nebenleistung" dinglich sichern und sie demgemäß im Grundbuch eintragen läßt.

IV. Kapitel. Der Eintritt des Versicherungsfalls insbesondere.

Die von uns erörterte Versicherungsart stellt sich, im Gegensatz zum sogen. reinen „*Hecht*schen System"[25]) dar als eine Versicherung auf die beim Tod des Schuldners noch nicht gedeckten *Annuitäten,* somit, wie oben ausgeführt, als eine Art Rentenversicherung. So sehr nun auch dieses Verfahren Vorteile bringt (besonders hinsichtlich der Vereinfachung der Prämienberechnung), so kann es doch, wenn ein amortisables *Hypotheken*darlehen in Frage steht, im Todesfall des Schuldners den Hinterbliebenen unangenehm sein und zu wirtschaftlichen Schädigungen führen: Denn der Gläubiger wird die Hypothek im Grundbuch erst löschen lassen, wenn die Schuld voll getilgt ist, jedenfalls aber würde er nur in die Löschung *des* Teiles der Hypothekenschuld willigen, der durch die bisherige, vom Schuldner selbst noch betätigte Amortisation zurückbezahlt ist. Durch den Erbübergang kann aber gerade für den Übernehmer die Beschaffung weiterer Geldmittel zwecks Abfindung der übrigen Erben ein unumgängliches Erfordernis sein, das sich dann um so schwerer erfüllen läßt, wenn die ursprüngliche Amortisationshypothek, für die der Übernehmer selbst gar nichts mehr zu bezahlen hat, — denn die Verpflichtung aus der Amortisationshypothek ist ja ihrem vollen Umfang nach auf die Versicherungsgesellschaft übergegangen — nicht gelöscht werden kann. Besonders empfindlich ist dieser Nachteil dann, wenn der Schuldner ganz am Anfang der Versicherungsdauer stirbt: Ist z. B. eine Amortisationsquote von ½ % vereinbart, so beträgt die Tilgungsdauer je nach dem Zinsfuß etwa 50 bis 65 Jahre; da könnte es somit bei sehr frühem Tod des Schuldners dem Übernehmer unter Umständen überhaupt nicht mehr möglich sein, die Löschung der Hypothek bei seinen eigenen Lebzeiten noch zu erreichen!

Diesem Übelstand kann nur dadurch abgeholfen werden, daß die Versicherungsgesellschaft von vornherein, z. B. in den Versicherungs-

[25]) Bei dem wirklich stets „fallende Kapitalien" versichert sind.



bedingungen, sich verpflichtet, an Stelle der Annuitäten im Todesfall des Schuldners den *ganzen* Kapitalrest auf einmal an den Gläubiger zu bezahlen, wenn dies von dem Berechtigten verlangt wird. Wer zu diesem Antrag berechtigt sein soll, müßte ebenfalls von Anfang an festgelegt werden. Zweckmäßigerweise wird dies Recht dem Schuldner bzw. seinen Erben zugestanden. Nun wird — dies entspricht einzig und allein dem Charakter einer Amortisationsschuld — das Darlehen regelmäßig *unkündbar* gewährt; die Möglichkeit, im Todesfall des Schuldners nun plötzlich den ganzen noch schuldigen Kapitalrest in *einer* Summe zurückzahlen zu können, bedeutet aber eine Ausnahme von der Unkündbarkeit. Es würde daher immerhin der Billigkeit entsprechen, wenn der Schuldner bzw. seine Erben als Äquivalent für diese Möglichkeit der Abweichung von dem Grundsatz der Unkündbarkeit eine angemessene Vergütung an den Gläubiger zu zahlen hätten — unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß diese Vergütung erst und nur dann fällig würde, wenn die Erben des Schuldners von dieser Möglichkeit tatsächlich Gebrauch machen. Denn man kann schließlich dem Gläubiger nicht zumuten, daß er bei Gewährung eines unkündbaren Darlehens durch eine wenn auch durch das vorzeitige Ableben des Schuldners bedingte Klausel den Erben es ermöglicht, eine für sie günstige Konjunktur unter Durchbrechung des Grundsatzes der Unkündbarkeit des Darlehens für sich auszunützen; macht der Gläubiger dies Zugeständnis, so erscheint die Normierung einer angemessenen Entschädigung angebracht. Es ist eben nicht zu verkennen, daß bei niedriger Konjunktur und niedrigem Geldpreis, also in Zeiten großen Bargeldvorrats, der Geldgeber an dem Fortbestehen einer *hoch*verzinslichen Annuität ein Interesse hat, und daß bei solcher Wirtschaftslage eine sofortige Auszahlung des Kapitalrestes unter Umständen dann einen Zinsverlust zur Folge haben kann, wenn dieser Kapitalrest unter Ansetzung eines dem ursprünglichen *(hohen)* Schuldzins *gleichen* Diskontsatzes durch Diskontierung der noch nicht bezahlten Annuitäten berechnet würde. Deshalb ist die Normierung einer derartigen Entschädigung, besonders in Zeiten hochgespannter wirtschaftlicher Verhältnisse, bei teurem Geldpreis, in Zeiten von Geldknappheit ratsam, da erfahrungsgemäß auf eine Periode der Hochkonjunktur Jahre, vielleicht Jahrzehnte der Abschwächung, des Nachlassens folgen.

Auch die Versicherungsgesellschaft würde möglicherweise durch die bedingungslose Übernahme der Verpflichtung, die Annuitäten beim Tode des Schuldners in *einer* Summe (mit dem Kapitalrest) abzulösen, einen Zinsverlust erleiden. Dies dann, wenn der der Berechnung des Kapitalrestes zugrunde gelegte Diskontsatz (= der ursprüngliche Darlehenszinssatz) *niedriger* ist als der von der Gesellschaft tatsächlich erzielte Zins. Allein dieser Verlust fällt nicht so sehr ins Gewicht, schon aus dem Grunde, weil er teilweise wieder ausgeglichen wird durch die im Falle der sofortigen Auszahlung des Kapitalrestes eintretende Ersparnis an künftigen Verwaltungskosten (Wegfall aller künftigen Buchungen, aller mit der künftigen Auszahlung der Tilgungsraten verbundenen Spesen usw.). Die Gefahr für die Gesell-

schaft, aus der Diskontierung der einzelnen noch nicht fällig gewordenen Amortisationsraten einen Verlust zu erleiden, ist übrigens durch die wirtschaftlichen und besonders durch die bei der Tilgungsversicherung vorliegenden Verhältnisse faktisch völlig ausgeschlossen. Denn der gegenwärtig (insbesondere für Nachhypotheken[26]) und mehr noch für rein persönliche Schulden) übliche Darlehenszins (5 bis 7, ja 8 %!) steht weit über dem von den Gesellschaften durchschnittlich erzielten Zins, und er wird wohl auch künftig nie unter diesen sinken. Letzteres schon deshalb nicht, weil die Gesellschaften gezwungen sind, einen Teil ihrer Kapitalien in ganz bestimmten Werten (mündelsicher!) anzulegen; die Folge ist: niedrige Zinserträge, auf der anderen Seite das infolge der weniger sicheren Anlage *höhere* Risiko des *Darlehensgebers*, das seinen Ausdruck hinwiederum in einem hohen Darlehenszins findet.[27]) Die Gesellschaft läuft also, wie wir sehen, keinerlei Risiko, wenn sie bedingungslos die Verpflichtung übernimmt, die noch nicht bezahlten Annuitäten beim Tod des Schuldners in einer Summe zu leisten, wobei man zunächst davon ausgeht, daß der zur Berechnung des Kapitalrestes dienende Diskontsatz gleich dem Darlehenszinsfuß ist; ja, schließlich könnte die Gesellschaft sogar, ohne einen Verlust befürchten zu müssen, die Diskontierung mit einem Satz zusagen, der *unter* dem gegenwärtig üblichen Darlehenszinsfuß steht, sofern dieser Diskontsatz nur nicht niedriger ist als die von der Gesellschaft im allgemeinen erreichte und auch in Zukunft zu erwartende Verzinsung.[28])

Nachdem so das System der Tilgungsversicherung genügend abgehandelt sein dürfte, wollen wir kurz die „Geschichte“ derselben betrachten, um uns hernach der Frage zuzuwenden, was eigentlich für den Schuldner (Versicherungsnehmer), was für den Gläubiger günstiger ist: der Abschluß einer regulären Lebensversicherung gegen Entnahme bzw. Gewährung eines nichtamortisablen, kündbaren Darlehens oder der Abschluß einer Tilgungsversicherung mit Amortisationsdarlehen.

V. Kapitel. Kurze „entwicklungsgeschichtliche“ Bemerkungen.

Der erste Vorschlag zur Einführung dieser Versicherungsart stammt von *Ernst Engel.* Nach ihm hat eine Reihe von Theoretikern

[26]) Selbst erststellige Hypotheken bleiben von der Verteuerung des Geldpreises nicht verschont: vgl. „Zeitschrift für Wohnungswesen“ Nr. 2 vom 25. Okt. 1913 S. 40.

[27]) Das Verhältnis des Darlehenszinses zu der von der Gesellschaft erzielten Verzinsung spielt übrigens auch noch in anderer, wichtiger Hinsicht eine Rolle, vgl. unten im VI. Kapitel, A 1 d und e.

[28]) So hat sich auch der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein a. G. zu Stuttgart, der neuerdings die Tilgungsversicherung eingeführt hat (vgl. im folgenden Kapitel!), verpflichtet, im Todesfall des Schuldners die künftig fällig werdenden Annuitäten mit dem niedrigen Zinssatz von 4 % zu diskontieren. Gerade dieses Verfahren bedeutet einen außerordentlichen Vorteil für den Schuldner bzw. seine Erben, wovon im VI. Kapitel die Rede sein soll!

und teilweise auch von Praktikern das Thema aufgegriffen und behandelt.[29]) Am bekanntesten sind wohl die minutiös ausgearbeiteten Vorschläge des Geheimrats Dr. *Felix Hecht* in seinem Werke: „Der Europäische Bodenkredit". Ferner sei darauf hingewiesen, daß sich der Deutsche Landwirtschaftsrat bis 1901 sehr eingehend in seinen Beratungen mit dem Problem beschäftigt hat.[30]) Da erstatteten im Februar 1900 vier Gegenseitigkeitsgesellschaften[31]) dem Deutschen Landwirtschaftsrat ein ausführliches Gutachten, das sich — scharf *gegen* die Tilgungsversicherung aussprach, sie in jeder Form verpönte und in *jeder* Hinsicht als durch die einfache, reguläre Lebensversicherung ersetzbar hinstellte. Wie mit einem Schlag verschwand, auf kurze Zeit wenigstens, fast jeder Vorschlag und jeder Versuch einer praktischen Einführung: *auch* ein interessanter Beitrag zum Kapitel der Massensuggestionen! Nur vereinzelt zeigen sich wissenschaftliche Erörterungen.

Auch die Praxis hat sich in Deutschland sehr zurückgehalten. Das erste deutsche Institut, das den Gedanken der Tilgungsversicherung in die Praxis umzusetzen versuchte, war die „Bayrische Versicherungsbank" (früher „Versicherungsanstalten der Bayrischen Hypotheken- und Wechselbank") in München. Der Versuch scheiterte. Es ist nun immer eine heikle Sache, aus einem mißlungenen Versuch auf den Wert oder Unwert einer ganzen Institution schließen zu wollen. Dies zeigte sich auch in dem gegenwärtigen Fall: Die Bayrische Versicherungsbank hatte das System der „fallenden Prämien" eingeführt; Objekt der Versicherung ist, wie wir sahen, stets ein Kapital*rest*, der von Jahr zu Jahr kleiner wird. Davon ging die genannte Anstalt aus und gelangte so zu jährlich fallenden Prämien. Allein solche fallenden Prämien sind für die Praxis durchaus ungeeignet.[32]) Es haftet diesem System *ein* schwerwiegendes Bedenken an: Wenn nämlich die Prämien jährlich nach Verhältnis der Kapitalreste fallen sollen und zwar fallen sollen *trotz* des steigenden Alters, so ist klar, daß die ersten Prämien *höher* sein müssen und sogar bedeutend höher, als wenn eine „konstante" („doppelkonstante", vgl. oben Fußnote 6 und 7!) Prämie vorliegt. Das ist so einleuchtend, daß es eines besonderen Be-

---

[29]) Ich verweise auf den Aufsatz von *Meyer* in der „Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft", Bd. VIII. S. 226 ff., der die einschlägige Literatur ziemlich vollständig angibt.

[30]) Es verdient nochmals hervorgehoben zu werden, daß alle diese vom Deutschen Landwirtschaftsrat gepflogenen Erörterungen den ausschließlichen Zweck hatten, vermittels der Lebensversicherung in *irgend* einer Form die Entschuldung der Landwirtschaft in die Wege zu leiten; lediglich *Hypotheken*tilgung stand also hier in Frage.

[31]) Vgl. oben Anm. 16! Mit den einzelnen Gründen des Gutachtens werden wir uns unten im VIII. Kapitel ausführlich auseinandersetzen.

[32]) Die Fälle, in denen dem Versicherungsnehmer eine *fallende* Prämie *erwünscht* sein kann (vgl. oben zu Beginn des III. Kapitels und Fußnote 7!), sind verhältnismäßig selten; und selbst in *diesen* Fällen möchten wir es dahingestellt sein lassen, ob nicht doch das oben geschilderte Bedenken gegen das System der fallenden Prämien den Versicherungsnehmer veranlassen würde, dem System der gleichbleibenden Prämie den Vorzug zu geben! —

weises gar nicht mehr bedarf. Gerade in den ersten Jahren aber, in denen der Schuldner am Anfang seiner Leistungsfähigkeit steht; in den ersten Jahren, in denen der Ausgabeetat ohnedies recht hoch ist, wo anderseits die Gewinnquellen meist spärlicher fließen, wo z. B. beim Kaufmann der Gewinn aus Kapital-Investitionen, beim Landwirt der Gewinn aus Meliorationen noch nicht in die Erscheinung tritt; gerade in den ersten Jahren, wo das Kapitalbedürfnis eben erst befriedigt ist, da ist es dringendstes Erfordernis, daß die Versicherungsprämie billig, *außerordentlich* billig sei, wenn anders der Gedanke der Tilgungsversicherung überhaupt Wurzel fassen und sich ausbreiten soll! Nichts schreckt den Darlehensnehmer so sehr ab, als *sofortige höhere* Ausgaben für die Zwecke der Kapitalbeschaffung und -sicherstellung. Und so muß gefordert werden, daß die Ausgaben für die Versicherung auf das denkbar mindeste Maß zurückgeschraubt werden. Diese Forderung erfüllt aber das System der *fallenden* Prämien *nicht*. Man vergleiche hierzu die Prämiensätze der Bayrischen Versicherungsbank mit denen des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins zu Stuttgart, wie sie in der Tabelle auf der nächsten Seite angegeben sind![33]) — Abgesehen

[33]) Auch *Meyer* bringt in seinem Aufsatz „Die Lebensversicherung als Mittel zur Schuldentilgung" („Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft", Bd. VIII) S. 245 je eine Tabelle aus dem Tarif der Bayrischen Versicherungsbank und dem der „K. K. priv. Allgemeinen Assekuranz" in Triest. Die dort zusammengestellte Tabelle der Bayrischen Versicherungsbank ist übrigens insofern irreführend, als die angegebenen Prämiensätze für eine Darlehenssumme von M. 1000.— gelten, während in dem einleitenden Text zu der Tabelle von einem „Hypothekendarlehen von *M. 10 000.—*" die Rede ist. Das ist natürlich ein Druckfehler; die Direktion der Bayrischen Versicherungsbank, wie auch der Herr Verfasser der Abhandlung, Herr Dr. *Ferdinand Meyer*, Leipzig, hat mir letzteres auf Anfrage noch ausdrücklich bestätigt. Die Tarife der „Allgemeinen Assekuranz" sind übrigens in Deutschland nie veröffentlicht worden; den l. c. angegebenen Tarifen liegen die österreichischen Tabellen derselben Gesellschaft zugrunde; sie zeitigten dort nur sehr wenig Erfolg, weshalb — wie mir der damalige Hauptbevollmächtigte der in Rede stehenden Gesellschaft für das Königreich Sachsen, Herr Rechtsanwalt Dr. *Breymann*, Leipzig, freundlichst mitteilte — die Tarife in Deutschland gar nicht erst zur Konzession angemeldet wurden (siehe oben im Text!). Da seit kurzem auch der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein a. G. in Stuttgart die Tilgungsversicherung eingeführt hat, da anderseits die Tarife der Allgemeinen Assekuranz überhaupt nicht ins Publikum gekommen sind, kann ich mich darauf beschränken, neben einer auszugsweisen Wiedergabe der Tarife „H 2" und „H 3" der Bayrischen Versicherungsbank ein paar Kombinationen aus dem Tarif „T" und „T I" des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins zu bringen: vgl. die Tabellen auf der nächsten Seite! Die Bayrische Versicherungsbank hat nur zwei Tarife zur Tilgungsversicherung veröffentlicht (der Tarif „H 1" ist kein Tilgungsversicherungstarif, sondern ein gewöhnlicher Lebensversicherungstarif mit abgekürzter Prämienzahlung; er kann nur bei nichtamortisablem Darlehen angewendet werden). Den beiden Tarifen „H 2" und „H 3" liegt ein amortisables, mit 4 % verzinsliches Darlehen zugrunde; beim Tarif „H 2" muß die Amortisationsquote ½ %, beim Tarif „H 3" 1 % betragen. Bei einer 4½ %igen Annuität, worunter 4 % Zins, ½ % Amortisation, berechnet sich nun die Tilgungsdauer auf fast genau 56 Jahre; bei einer 5 %igen Annuität (4 % Zins, 1 % Amortisationsquote) dauert die Tilgung ziemlich genau 41 Jahre. Nun lauten die beiden Tarife der Bayrischen Versicherungsbank auf Endalter 85, d. h. die Prämien sind so berechnet, daß die Schuld beim Tode,

Beispiele aus:

I. Dem Tarif H 2 der Bayerischen Versicherungsbank, München.

Abnehmende, jährliche Prämien, welche der Schuldner eines mit 4 % verzinslichen, durch jährliche Annuitäten von 4½ % amortisierbaren Hypothekendarlehens von 1000 Mk. neben den Annuitäten für die Hypothekar-Lebensversicherung zu zahlen hat, durch welche die Schuld bei seinem Tode, spätestens bei Vollendung des 85. Lebensjahres vollständig getilgt wird. Diese jährlichen Prämien nehmen nach Verhältnis der am Jahresanfang vorhandenen Kapitalreste ab:

Beitrittsalter: Jahre:		25	26	29	30	35	40	42	43	44
Prämie für das 1. Jahr:	Mk.	16,70	17,20	19,00	19,70	23,60	28,70	31,10	32,40	33,70.

II. Dem Tarif H 3 der Bayerischen Versicherungsbank, München.

Zinsfuß: 4 %, Amortisationsquote 1 %; das Darlehen soll getilgt werden beim Tode, spätestens bei Erreichung des 85. Lebensjahres; Prämienzahlung bis ebendahin. Die Prämien nehmen jährlich nach Verhältnis der Kapitalsreste ab und betragen für 1000 Mk. Darlehen bei einem

Beitrittsalter von:		25	26	29	30	35	40	42	43	44
im ersten Jahr:	Mk.	14,30	14,70	16,10	16,70	20,20	25,20	27,60	28,90	30,30.

III. Dem Tarif T und TJ des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins a. G., Stuttgart.

Tarif T	*Tarif TJ*
Jährliche Prämien für eine Versicherungsrente von 100 Mk. Die Rente ist zahlbar jährlich postnumerando vom Tode	
	oder vom Eintritt der Invalidität des Versicherten
bis zum Ablauf der Vertragsdauer.	
	Die Rente wird außerdem spätestens bei Alter 65 fällig, wenn die Tilgungsdauer diesen Termin überschreitet.
Die Prämienzahlung dauert bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem	
der Versicherte stirbt, endigt jedoch spätestens 5 Jahre vor Ablauf der Vertragsdauer.	der Versicherte stirbt oder erwerbsunfähig wird und endigt 5 Jahre vor Ablauf der Vertragsdauer, spätestens bei Alter 65.

Tarif T

E.-A. Jahre	Vertragsdauer 25 Jahre Mk.	30 Jahre Mk.	36 Jahre Mk.	37 Jahre Mk.	39 Jahre Mk.	41 Jahre Mk.	50 Jahre Mk.	56 Jahre Mk.
25	—	—	17,68	18,30	19,58	20,91	27,32	—
29	—	—	21,19	21,98	23,59	25,25	33,07	38,11
35	18,78	23,39	29,66	30,77	33,02	35,31	45,46	—
40	25,58	31,88	40,25	41,70	44,61	47.51	59,70	—
43	31,16	38,73	48,62	50,30	53,65	56,94	—	—
44	33,31	41,35	51,79	53,55	57,05	60,48	—	—
45	35,61	44,16	55,16	57,00	60,65	64,22	—	—

Tarif TJ

E.-A. Jahre	Vertragsdauer 25 Jahre Mk.	30 Jahre Mk.	36 Jahre Mk.	38 Jahre Mk.	40 Jahre Mk.	42 Jahre Mk.	50 Jahre Mk.
25	17,35	21,17	26,94	29,14	31,43	34,40	45.07
29	21,52	26,84	34,68	38,30	41,67	45,04	56,96
35	33,12	41,79	56,04	60,80	65,20	69,27	82,71
40	50,03	64,89	83.97	89,39	94,41	99,04	114,34
43	66,59	85,98	106,98	112,95	118,47	123,57	140,42
44	73,07	94,29	116,05	122,24	127,96	133,25	150,70
45	80,68	103,37	125,96	132,39	138,32	143,81	161,93

Anmerkung: Vom 6. Versicherungsjahr ab vermindern sich die Prämien um die Dividende (Plan A) der Sektion 2 (zur Zeit 28 %).

Tarif T	Tarif TJ
Dividendenberechtigung bis zum Ablauf der Vertragsdauer,	
	längstens bis zum Alter 65.



von diesem wichtigsten Bedenken, das das System der fallenden Prämien als ungeeignet erscheinen läßt,[34]) ist es im allgemeinen doch auch schon für die Zwecke der alljährlichen Budgetaufstellung seitens des Versicherungsnehmers, wie auch für die Zwecke einer geordneten, dabei *einfachen* und glatten Bücherführung seitens der Versicherungsgesellschaft angenehmer, wenn die Prämien alljährlich gleich hoch sind; das System der gleichbleibenden Prämie entspricht mehr den Anforderungen einer gesunden und natürlichen Wirtschaft. Des ferneren: Der Versuch der Bayrischen Versicherungsbank fällt gerade in die Zeit um die Jahrhundertwende; die damalige Wirtschaftslage scheint aber der Einführung dieser neuen Versicherungsart nicht besonders günstig gewesen zu sein. Diese beiden Gründe wirkten offenbar zusammen, um den Versuch dieser Gesellschaft zum Scheitern zu bringen;[35]) die Gesellschaft betreibt nunmehr diese Versicherungs-

---

spätestens bei Alter 85 gedeckt ist; Prämienzahlung bis zum Tod, längstens bis Alter 85. Da die Tarife des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins — ähnlich wie die der Allgemeinen Assekuranz — prinzipiell davon ausgehen, daß Versicherungsdauer und Tilgungsdauer gleich lang sind, so ist es leider nicht möglich, eine größere Anzahl von Vergleichsbeispielen anzuführen; denn es kann zu einem Vergleich der Tarife bei einer Dauer von 56 Jahren und Endalter 85 nur das Eintrittsalter 29, bei einer Dauer von 41 Jahren und Endalter 85 nur das Eintrittsalter 44 herangezogen werden. Hiernach wären zu zahlen für ein Darlehen von M. 10 000.—, Zinsfuß 4 %, Amortisationsquote ½ % (demgemäß Dauer 56), Eintrittsalter 29:

bei der Bayrischen Versicherungsbank nach Tarif „H 2“ im ersten Jahr: . . . . M. 190,—,
beim Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein 38,11 × 4,5 (die Annuität beträgt M. 450.— pro Jahr) = „ 171,50;

für ein Darlehen von M. 10 000.—, Zinsfuß 4 %, Amortisationsquote 1 % (demgemäß Dauer 41 Jahre), Eintrittsalter 44:

bei der Bayrischen Versicherungsbank nach dem Tarif „H 3“ im ersten Jahr: . . . . „ 303,—,
beim Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein 60,48 × 5 (die Annuität beträgt hier M. 500.—) = . . . „ 302,40.

(Das letztere Beispiel erscheint aus verschiedenen technischen Ursachen zu einem Vergleich nicht besonders geeignet). Dabei ist aber noch besonders zu beachten, daß die Prämie des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins längstens bis zu Alter *80* zu entrichten ist (in den letzten fünf Jahren wird der Versicherungsschutz ohne Prämienleistung des Versicherungsnehmers aufrechterhalten, und es gelangen an ihn Bardividenden zur Auszahlung), die Prämie bei der Bayrischen Versicherungsbank dagegen bis zum Alter *85* zu bezahlen wäre; ferner ist zu beachten, daß sich die Prämie des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins vom 6. Versicherungsjahr um die Dividenden, die gegenwärtig 28 % betragen, vermindert, während die Tilgungsversicherungsprämien der Bayrischen Versicherungsbank unseres Wissens von der Gewinnbeteiligung ausgeschlossen sein sollten.

[34]) *Hecht* urteilt (l. c. S. 14) über diesen praktischen Versuch der Bayrischen Versicherungsbank sehr scharf „. . . Indessen beruht dieser Prospekt keineswegs auf einer genügenden Beherrschung auch nur der damals vorhandenen Vorarbeiten. Irgend welcher Fortschritt ist mit diesem praktischen Versuch nicht erzielt worden. Es mag im Gegenteil dieser Versuch geschadet haben, denn man ist geneigt, . . . die Richtigkeit oder Durchführbarkeit des Gedankens selbst anzuzweifeln.“

[35]) Mitverantwortlich für diese Entwicklung scheint mir freilich auch die Stellungnahme der vier Gegenseitigkeitsgesellschaften in ihrem

kombination nicht mehr, da sie „nur sehr wenig in Anspruch genommen worden“ sei. —

In der Literatur finden sich verschiedene Hinweise, daß auch die *Assicurazioni Generali* in Triest die Tilgungsversicherung in Deutschland einzuführen beabsichtige (1908); es waren bereits Verhandlungen mit dem Kaiserlichen Aufsichtsamt in Berlin eingeleitet. Allein zu einem praktischen Ergebnis haben diese Verhandlungen und Bestrebungen nicht geführt; in Deutschland sind irgendwelche Tarife oder Prospekte der genannten Anstalt nicht veröffentlicht worden. —

Nur der Vollständigkeit halber sei auch die „Entschuldungsversicherung“ der öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungsanstalten angeführt. Einen sachlichen Anspruch auf die Bezeichnung Tilgungsversicherung kann dieses System nicht machen. Denn das Wesen dieser Entschuldungsversicherung der Öffentlichen besteht darin, daß dem Schuldner ein *nicht*amortisables Darlehen gewährt wird, wenn er gleichzeitig eine Lebensversicherung abschließt; die *Höhe* der Lebensversicherung wird in der Weise berechnet, daß der Schuldner das, was er sonst als Tilgungsrate (regelmäßig ½ %) zahlen müßte, als Lebensversicherungsprämie entrichtet. Eine derartige Prämie reicht aber bei weitem nicht aus, um die ganze Schuldsumme zu versichern! Es erfüllt also diese Art Entschuldungsversicherung den beabsichtigten Zweck nur sehr unvollkommen, insofern als den Erben *stets*, mag der Tod des Schuldners eintreten, wann immer, eine nicht unerhebliche Schuldenlast — nämlich der durch die Versicherung nicht gedeckte Teil des ganzen Schuldkapitals — aufgebürdet wird; die Schwierigkeiten der Erbregulierung sind die gleichen. Bedenklich ist auch, daß ein länger lebender Schuldner in diesem Fall mit der Lebensversicherung bedeutend schlechter fährt, als wenn er die *Tilgung* beibehalten hätte. Beide Gefahren sind bei der reinen und echten Tilgungsversicherung vermieden. — Übrigens stehen, soviel man in Erfahrung bringen konnte, die öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungsgesellschaften im Begriffe, eine wirkliche Tilgungsversicherung einzuführen, eine Versicherung auf die jeweiligen Kapitalreste, aber nicht mit laufender Prämienzahlung, sondern mit einer *einmaligen*, beim Abschluß der Versicherung zu zahlenden Prämie. Auch dieses System ist nur sehr unvollkommen, insbesondere deshalb, weil dem Versicherungsnehmer und Darlehensschuldner diese Einmal-Prämie gleich als Darlehensschuld angerechnet wird und der an ihn tatsächlich zur Barauszahlung gelangende Betrag effektiv um diese immerhin hohe Einmal-Prämie vermindert wird. —

Neuerdings (1913) ist nun der *Allgemeine Deutsche Versicherungsverein a. G.* in Stuttgart mit neu ausgearbeiteten Tarifen und Prospek-

---

Gutachten an den Deutschen Landwirtschaftsrat (siehe „Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats“, Bd. 24 (1900) S. 86 ff.!) zu sein. Der Deutsche Landwirtschaftsrat hat sich dann die Gründe dieses Gutachtens zu eigen gemacht und sich auf den gleichen ablehnenden Standpunkt gestellt. — woraus der Generallandschaftsdirektor *Kapp* die Konsequenzen zog und die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung gründete! Vgl. hierzu auch *Breymann*, „Die Entschuldungs- und Versicherungsmaßnahmen der Ostpreußischen Landschaft im Lichte der Betriebslehre und Praxis“, S. 10!



ten zu der Tilgungsversicherung auf den Plan getreten. Ist doch gerade unter den gegenwärtigen Verhältnissen das Bedürfnis nach dieser Versicherungsform besonders groß! Man braucht ja nur irgend eine Fachzeitschrift aufzuschlagen, um zu sehen, in welch intensiver Weise dieses Thema die Gemüter bewegt und von allen Seiten ventiliert wird;[36]) der Zeitpunkt dieser Neueinführung erscheint somit recht günstig gewählt, alles drängt darauf hin: die gegenwärtige Lage der Baugeschäfte, des Hypotheken- und Geldmarktes, überhaupt die allgemeine Wirtschaftslage und besonders auch die einsetzende Vertiefung der sozialen Bestrebungen (Arbeiterwohnhäuser!). Ob freilich diese Momente stark genug sind, um der Neueinführung praktisch zu einem Erfolg zu verhelfen, muß noch dahingestellt bleiben.

VI. Kapitel. Vorteile der Tilgungsversicherung.

Es kann nicht Aufgabe dieser Arbeit sein, für die Versicherung *überhaupt* werbend tätig zu sein oder Aufklärung zu schaffen über Zweck und Nutzen der Versicherung. Nein, hier steht vielmehr nur in Frage, welche Form wählt der *Schuldner* am besten für die Versicherung seiner Schuld, welche Vorteile bietet dem *Gläubiger* die Tilgungsversicherung. Es sind also nur die Vorteile der Tilgungsversicherung gegenüber der reinen, zur Deckung der Schuld genommenen Lebensversicherung abzuwägen. Betrachten wir zunächst die Vorteile der Tilgungsversicherung:

A. Für den Schuldner.

1. Größere Billigkeit der Tilgungsversicherung.

Wir sahen oben, daß die Prämie für die Tilgungsversicherung, weil sie eine starke Ähnlichkeit mit der reinen Risikoprämie aufweist, bedeutend billiger ist als die Prämie für die reguläre Lebensversicherung. Es ist aber zu bedenken, daß der Schuldner bei der Tilgungsversicherung nicht nur die Versicherungprämie, sondern auch die Amortisationsquote zu bezahlen hat. Nun ist zunächst die Frage zu untersuchen: Was ist billiger: Zins für ein kündbares, nichtamortisables Darlehen + Prämie für die reine Lebensversicherung *oder* Zins für ein amortisables Darlehen + Amortisationsquote + Prämie für die Tilgungsversicherung. *Hecht* führt (l. c. S. 17) folgendes Beispiel an:

> Ein 30jähriger nimmt ein zu 3½ % verzinsliches Darlehen von 10 000 M. und zugleich eine Versicherung seiner Schuld; er wählt:
>
> a) ein nichtamortisables Darlehen und eine Police auf konstant 10 000 M., fällig im Falle des Ablebens, spätestens nach 50 Jahren. Die Prämie hierfür beträgt 2,35 %, also 235 M. Hierzu kommt der Darlehenszins mit 3½ %, die Gesamtleistung stellt sich auf 585 M.;

---

[36]) Ich verweise nur auf „Handel und Industrie", Jahrgang *1912* Nr. 1057, 1084, 1090, 1091 (S. 1288/9), Jahrgang *1913* Nr. 1138, 1139; ferner auf „Archiv für Versicherungswirtschaft", Nr. 42 v. 2. Nov. 1912, „*Wallmanns* Versicherungszeitschrift", 1912 S. 1454, insbes. S. 2345 und 2361 und viele andere!



b) er wählt ein Annuitätendarlehen mit ½ % Amortisation und eine Police über den jeweiligen Kapitalrest, fällig im Fall des Ablebens, spätestens nach 50 Jahren (wie bei a). Die Prämie beträgt hierfür 1,85 %, also 185 M. Hierzu tritt die Annuität mit 3½ % + ½ % = 400 M. Die Gesamtleistung stellt sich also auch hier auf 585 M.

Hiernach möchte es scheinen, als wären die Aufwendungen des Schuldners gleich, ob er ein amortisables Darlehen mit Tilgungsversicherung oder ein nichtamortisables Darlehen mit Lebensversicherung wählt. Durch die knappe, zügige Aufstellung erscheint aber dieses Beispiel nur als der *Rohbau* eines Vergleichs zwischen den beiden Möglichkeiten. Bei genauerem Eingehen auf Details werden wir bald bemerken, daß die Tilgungsversicherung nicht nur nicht teurer, sondern sogar *billiger* ist als die Lebensversicherung. Des näheren:

a) Die rechnungsmäßig zur Erfüllung der aus einer Versicherung entstehenden Ansprüche erforderliche Prämie („Nettoprämie“) ist für die Praxis zu klein; denn die Praxis muß mit Ausgaben rechnen, die in dieser Nettoprämie, die zunächst nur unter Berücksichtigung der Verzinsung und Sterblichkeit aufgestellt ist, noch nicht enthalten sind: Provisionen, Arztkosten, innere Verwaltungskosten (Beamtengehälter, Schreib- und Drucksachenmaterial, Propagandakosten, Büromiete, Portokosten usw.). Diese sog. „Verwaltungskosten“ müssen der Nettoprämie zugeschlagen werden; die Höhe des Zuschlags wird vielfach in Prozenten der Nettoprämie berechnet. Bei dieser Berechnungsweise wird der Prozentsatz der Verwaltungskosten — um der durch die lange Dauer der Verträge und sonstige Umstände gebotenen Versicherungsvorsicht gerecht zu werden — so hoch angenommen, daß diese Verwaltungskosten in der Praxis nicht völlig verbraucht werden. Nun ist klar: Ist die Nettoprämie (wie bei der Tilgungsversicherung) niedrig, so ist auch der Zuschlag, den der Versicherungsnehmer für Verwaltungskosten zu zahlen hat, effektiv, tatsächlich niedriger, als wenn die Nettoprämie (wie bei der regulären Lebensversicherung) hoch ist. — Heute hat allerdings bei den meisten Gesellschaften ein anderes Verfahren der Berechnung der Verwaltungskosten, das der sog. „Bruttorechnung“, Platz gegriffen. Hier geht die Berechnung nicht von der Nettoprämie aus, sondern von den Bruttozahlungen des Versicherungsnehmers und setzt diesen die Bruttozahlungen der Gesellschaft (Abschlußkosten, laufende Verwaltungskosten, Versicherungssumme) gegenüber. Aber auch hier werden die laufenden Verwaltungskosten in der Rechnung in Prozenten, allerdings nicht der Nettoprämie, sondern eben der Bruttoprämie ausgedrückt: Wesentlich ist aber, daß auch hier der effektive Verwaltungskostenzuschlag mit der der Berechnung zugrunde liegenden (Brutto-)Prämie steigt oder fällt: Ist die Bruttoprämie (wie bei der regulären Lebensversicherung) hoch, so steckt darin ein hoher Verwaltungskostenzuschlag, ist sie niedrig (so bei der Tilgungsversicherung), so ist auch der Betrag, den der Versicherungsnehmer an Verwaltungskosten zu entrichten hat, klein.

b) Deckt diese Überlegung rein zahlenmäßig das Verhältnis auf, um das die Tilgungsversicherung durch geringere Leistungen des



Schuldners für Verwaltungskosten der Gesellschaft für den Versicherungsnehmer *a priori* billiger ist, als die reine Lebensversicherung, so verdienen doch auch folgende, ziffernmäßig nicht erfaßbaren Momente Beachtung:

Wer eine Tilgungsversicherung abschließt, bei dem muß der Versicherungsgedanke schon sehr hoch entwickelt sein; die Folge ist, daß die vielen Gründe der Aufhebung einer Versicherung nach kurzem, oft nur einjährigem Bestand der Versicherung, wie Leichtsinn, Unüberlegtheit beim Abschluß u. ä. in Wegfall kommen. Anderseits besteht bei der Tilgungsversicherung[37]) wegen der oft delikaten Natur des zugrunde liegenden Schuldverhältnisses doch ein nicht zu leugnender *moralischer* Zwang zur Fortführung der Versicherung; und dieser Zwang ist um so wirksamer, auf je vorgeschrittenerer Bildungsstufe im volkswirtschaftlichen, sozialen Sinn der Versicherungsnehmer steht. Wer dies aber nicht ist, wer nicht sozial und altruistisch zu denken vermag, wer nicht imstande ist, in der Gegenwart Opfer zu bringen, zugunsten seiner und seiner Angehörigen Zukunft, der schließt auch keine Tilgungsversicherung ab! Dieser Umstand — daß nämlich leichtsinnige Stornos überhaupt fast ausscheiden — gestattet eine weitere Einsparung an Verwaltungskosten. Er gibt nämlich, auch vom Standpunkt des Abschlußvermittlers aus, die Möglichkeit, die Abschlußkosten, die jetzt regelmäßig nach Maßgabe des Eingangs der *ersten* Jahresprämie bezahlt werden, auf einen längeren Zeitraum, vielleicht 1½ oder 2 Jahre, zu verteilen. Dieser Modus würde in erster Linie eine wenn auch kleine Zinsersparnis, dann aber auch einen direkten Gewinn in *den* Fällen bedeuten, in denen wirklich bereits nach Ablauf eines Jahres die Versicherung aufgehoben wird. Für die Möglichkeit der Einführung dieser Praxis ist ferner von Bedeutung, daß die Anregung zum Abschluß von Tilgungsversicherungen wohl in den weitaus meisten Fällen nicht vom Geldnehmer, auch nicht vom Versicherungsinstitut, sondern vom Geld*geber* ausgehen wird; dieser wird sich hierfür von der Versicherungsgesellschaft eine Provision zahlen lassen. Als Geldgeber kommen aber wegen der Höhe der Darlehenssummen (bei Hypothekendarlehen) und noch mehr aus sonstigen Gründen (persönliche Kreditaufnahme bei Genossenschaften, Darlehenskassen; Hypothekendarlehen an Arbeiter und sonstige kleinere Leute zum Bau von Eigenhäusern usw.) vorwiegend nur größere Geldinstitute, in geringerem Maße private Kapitalisten, in Frage. Diese Geldinstitute aber werden der Einführung der in Rede stehenden Gepflogenheit nicht soviel Hindernisse in den Weg legen als etwa berufsmäßige Abschlußvermittler. — Schließlich spielt noch ein Moment herein: Gerade bei der Tilgungsversicherung wird es einem organisatorisch stark geleiteten Versicherungsunternehmen gelingen, große Objekte, verhältnismäßig hohe Abschlüsse als sogenannte „direkte" Geschäfte, d. h. ohne Vermittlung von berufsmäßigen Agenten, zu erzielen durch unmittelbaren Verkehr der Gesellschafts-

[37]) Selbst wenn man von der wohl regelmäßig zwischen Schuldner und Gläubiger vereinbarten *rechtlichen Verpflichtung* des ersteren zur ordnungsmäßigen Prämienzahlung absieht!



direktion mit den in Betracht kommenden Kreditinstituten (Kreditbanken, Darlehenskassen, Bauvereinen, Grundbesitzervereinen usw.); für solche direkten Geschäfte kann aber ein großer Teil der bei der Prämienberechnung eingestellten Abschlußkosten als erspart selbst dann noch gelten, wenn dem Geldinstitut die sonst „übliche" Abschlußprovision gegeben wird: man denke nur an die Reisekosten und Tagegelder der Vermittler, an die festen Gehälter der Akquisitionsbeamten! All dies wird dann noch bedeutsamer, wenn *ein* Institut gleichzeitig Geldgeber und Versicherer ist;[38]) insbesondere, wenn es diesem Unternehmen gelingt, Fühlung zu bekommen mit den Organisationen des kreditsuchenden Publikums!

Wenn mit all dem bei der Prämienaufstellung nicht direkt gerechnet werden kann, so ist doch zweifellos, daß die geschilderten Umstände in der Praxis effektiv zu einer nicht unbeträchtlichen, jedenfalls aber prozentual höheren Einsparung an Verwaltungskosten führen, als dies bei der regulären Lebensversicherung möglich wäre. Durch diese Einsparung erzielt nun die Gesellschaft einen höheren *Gewinn;* und dieser Gewinn fließt bei Gegenseitigkeitsgesellschaften in *voller* Höhe, bei den meisten Aktiengesellschaften (und gerade bei den besten und leistungsfähigsten!) *fast* in voller Höhe dem Versicherungsnehmer *in Form von Dividenden* wieder zu und verbilligt so seine Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung, bei welcher die eben ausgeführten, eine Verwaltungskostenersparnis bewirkenden Gründe nicht in dem Maße gegeben sind.[39])

Es führt somit schon die Eigenart der Berechnungsweise der Verwaltungskosten (a), wie die Eigenart der Tilgungsversicherung in ihrer Beziehung zu den Unkosten des Versicherungsgeschäfts (b) zu einer Verbilligung des Aggregats (Tilgungsversicherungsprämie + Amortisationsquote) gegenüber dem Betrag der reinen Lebensversicherungsprämie (der *Zins* ist ja stets gleich, mag es sich um ein nicht amortisables Darlehen oder um eine Annuität handeln!).

c) Ein dritter Weg, der die Tilgungsversicherung noch billiger machen würde, sei vorgeschlagen: Wie erwähnt, kommt als „Abschlußvermittler" bei der Tilgungsversicherung kraft deren eigenartiger Verbindung mit dem Darlehensgeschäft in den meisten Fällen der Darlehensgeber selbst in Betracht. Als Darlehensgeber treten aber vorwiegend nur Geldinstitute, Körperschaften, auf. Es möge nun —

[38]) Wiewohl gerade *diese* Kombination aus gewissen Gründen, die hier nicht näher erörtert werden können (vgl. übrigens darüber: *Meyer,* in Zeitschr. f. Vers. Wiss. Bd. VIII. S. 226 ff.), *nicht* allein empfohlen werden kann.

[39]) Daß diese Ersparnis in *der* Weise, wie oben geschildert, in die Erscheinung tritt, würde freilich voraussetzen, daß die Tilgungsversicherten in einer besonderen Abteilung des Versicherungsinstituts untergebracht wären, da nur dann die bei der Tilgungsversicherung gemachten *Einsparungen* an Verwaltungskosten (der unter *a* erwähnte Punkt ist natürlich keine *Einsparung* in diesem Sinn!) den Tilgungsversicherten *ausschließlich* zugute kämen. Für die Schaffung einer besonderen Abteilung ist aber Bedingung, daß die Beteiligung an der Tilgungsversicherung hinreichend groß ist; leider gibt freilich die bisherige Geschichte der Tilgungsversicherung keinen erfreulichen Ausblick in dieser Hinsicht!



dahin geht mein Vorschlag — *das Geldinstitut überhaupt auf die Gewährung jeglicher Provision* (Abschlußprovision und Inkassoprovision) verzichten. Der Vorschlag ist etwas frappierend, allein er ist zweifellos gerechtfertigt. Was die *Abschluß*provision anlangt, so steht die Mühewaltung des Geldinstituts beim Abschluß der Versicherung in gar keinem Verhältnis zu der Höhe[40]) der Abschlußprovision, sintemalen es sich faktisch doch nur um einen gewissen Druck des Geldgebers auf den Geldnehmer zum Abschluß der Versicherung handelt! Auf die *Inkasso*provision kann aber das Geldinstitut aus dem Grunde völlig oder fast völlig verzichten, weil es ja das Inkasso überhaupt nicht zu besorgen braucht. Die Prämien könnten vielmehr direkt an das Versicherungsunternehmen, also auch unter Umgehung der Bezirksagenturen, eingesandt werden. Eine derartige Umgehung der sonst mit dem Inkasso beauftragten Außenstellen rechtfertigt sich vom Standpunkt des Schuldners aus durch die immerhin delikate Natur des zugrunde liegenden Verhältnisses, vom Standpunkt der Versicherungsgesellschaft aus gegenüber ihren Agenturen durch die Tatsache, daß die akquisitorischen und organisatorischen Gründe für die Einrichtung der Bezirksinkassostellen bei der Tilgungsversicherung in Wirklichkeit nicht vorhanden sind: der Agent hat regelmäßig weder mit dem Abschluß der Tilgungsversicherung noch auch mit ihrer Aufrechterhaltung etwas zu tun, er hat auch ebensowenig wie die Gesellschaft selbst ein Interesse an der Unterhaltung persönlicher Beziehungen zum Versicherungsnehmer. Soll aber das Inkasso nicht, wie vorgeschlagen, direkt von der Gesellschaft, sondern tatsächlich vom Kreditinstitut besorgt werden (z. B. zur eigenen Kontrolle der ordnungsmäßigen Prämienzahlung),[41]) so kann es die Prämien zusammen mit den Zinsen einheben, und dann ist es immer noch angebracht, die zur Zeit gezahlten, nicht unbeträchtlichen Inkassospesen etwas herabzusetzen.

Dieser Weg wird namentlich dann beschritten werden können, wenn das Geldinstitut auf genossenschaftlicher oder gemeinnütziger Basis (Kreditgenossenschaften, Bauvereine usw.) errichtet ist. Denn die Tendenz dieser Gesellschaftsform geht ja dahin, den einzelnen Mitgliedern zu nützen; gerade durch eine derartige Regelung (Verzicht auf Abschluß- und Inkassoprovision) könnte aber die Versicherung für den Versicherungsnehmer ganz bedeutend verbilligt werden; eines Beweises bedarf diese Behauptung nicht; sie leuchtet jedem ein, der zu beurteilen in der Lage ist, welche Höhe nachgerade die Ausgaben der Gesellschaften für Abschluß- und Inkassoprovisionen erreicht haben!

An und für sich nun könnte mein Vorschlag sowohl bei der reinen Lebensversicherung als auch bei der Tilgungsversicherung Anwen-

[40]) Da diese meist nach der Versicherungssumme sich richtet und es sich bei der Tilgungsversicherung doch, wenigstens durchschnittlich, um recht ansehnliche Objekte handelt, so ist die Abschlußprovision nicht nur verhältnismäßig, sondern auch tatsächlich in den meisten Fällen sehr hoch.

[41]) Eine derartige Kontrolle könnte übrigens hinwiederum durch eine vertraglich übernommene Verpflichtung der Versicherungsgesellschaft, vom Zahlungsverzug des Versicherungsnehmers dem Geldgeber Anzeige zu erstatten, überflüssig gemacht werden!

dung finden. Allein *praktisch* ließe sich dieser Vorschlag bei der regulären Lebensversicherung aus dem Grunde nicht durchführen, weil hier eine scharfe Konkurrenz der Gesellschaften besteht und demzufolge das Kreditinstitut einen Druck auf den Schuldner, seine Versicherung gerade bei einer bestimmten Gesellschaft zu nehmen, nicht gut ausüben könnte, da anerkanntermaßen unsere sämtlichen größeren Versicherungsgesellschaften, was Bonität anlangt, auf annähernd gleicher Stufe stehen; ferner wäre aber die Durchführung meiner Anregung bei der reinen Lebensversicherung deshalb nicht gut möglich, weil hier die darlehengebenden Institute, die den Abschluß vermitteln würden, in freier Konkurrenz mit den berufsmäßigen Abschlußvermittlern ständen; und da ließen sich dann wohl Unzuträglichkeiten nicht leicht vermeiden. Um meinen Vorschlag daher für die Tilgungsversicherung praktisch brauchbar zu machen, müßte bei den in Betracht kommenden Interessentenkreisen die Organisation und Propaganda gleich von vornherein in völlig andere Bahnen geleitet werden, so daß sich eine ganz andere Entwicklung ergeben würde, als dies bei der Lebensversicherung der Fall ist; eine Entwicklung nämlich in dem Sinn, daß die Tilgungsversicherung *ausschließlich* von dem geldgebenden Kreditinstitut vermittelt wird: also gewissermaßen Monopolisierung der Antragsvermittlung bei der Tilgungsversicherung.

Man muß zugeben, daß die Schwierigkeiten der Einführung dieser Methode groß sind, sie können aber überwunden werden; und die dadurch erreichte Verbilligung wäre so bedeutend, daß sich wohl viele Mühe lohnen würde! —

Im Vorstehenden wurden die Möglichkeiten aufgezeigt, die in Ansehung der *Verwaltungskosten* dazu führen, daß die Aufwendungen des Schuldners bei der Tilgungsversicherung kleiner sind als bei der reinen Lebensversicherung. Noch größer aber sind die Gewinne für den Schuldner (Versicherungsnehmer), die sich aus der Differenz zwischen Darlehenszins und dem Zinsfuß, den die Gesellschaft erzielt, ergeben. Diese Differenz zeigt sich in zwei Richtungen wirksam:

d) Der Schuldner hat eine bestimmte Summe zu bezahlen, um zu erreichen, daß seine Schuld spätestens beim Tode (eventuell bei Erreichung eines gewissen Endalters) gedeckt ist, d. h. wenigstens die Erben nicht mehr belastet. Ist nun der Zinsfuß, den die Gesellschaft mit ihren Kapitalanlagen erzielt, *gleich* dem Zinsfuß, den der Schuldner für sein Darlehen zu zahlen hat, so kann es dem Schuldner völlig gleichgültig sein, an wen er das, was er außer dem Zins noch zu leisten hat, entrichtet: ob ausschließlich an den Versicherer in Form der Lebensversicherungsprämie *oder* sowohl an die Gesellschaft wie an den Darlehensgeber in Form der Tilgungsversicherungsprämie und der Amortisationsquote; denn in beiden Fällen ergibt sich bei Gleichheit des Zinsfußes die gleiche Wirkung für den Schuldner. Ist aber der Zinsfuß, den der Schuldner seinem Gläubiger zu zahlen hat, *höher* als der von der Gesellschaft *tatsächlich* erzielte[42]) Zins, so ist

[42]) Man darf hier selbstverständlich nicht von dem rechnungsmäßig von der einzelnen Gesellschaft angenommenen Zinsfuß ausgehen, denn dieser entspricht, da willkürlich angesetzt, durchaus nicht den tatsäch-



selbstverständlich, daß der Schuldner um so besser daran ist, je mehr er von seiner Gesamtleistung (abgesehen vom Darlehenszins, denn dieser ist ja *immer* dem Gläubiger zu zahlen) an den Gläubiger, je weniger er an die Gesellschaft entrichtet. Denn das, was er außer dem Zins an den Gläubiger leistet, wird ihm mit dem höheren Zins, den auch *er* für sein Darlehen zu bezahlen hat, wieder gutgeschrieben. Anders ausgedrückt: die hoch verzinsliche Darlehensschuld verringert sich um so schneller, je mehr er alljährlich an den Gläubiger zahlt. Bei der Tilgungsversicherung erhält nun der Gläubiger: Zins + Amortisationsquote, die Gesellschaft: die (im Vergleich zur *Lebens*versicherungsprämie bedeutend kleinere) Tilgungsversicherungsprämie. Der Gläubiger erhält also hier ein Mehr gegenüber dem, was er bei Anwendung der reinen Lebensversicherung und nichtamortisablem Darlehen erhalten würde. Von zwei Darlehensschuldnern, deren einer zur Tilgung seiner Schuld eine Annuität mit Tilgungsversicherung wählt, während der andere sein nichtamortisables Darlehen mit der gleichzeitig abgeschlossenen Lebensversicherung zurückzahlt, ist also bei einem Darlehenszinsfuß von 4½% oder mehr[43]) derjenige besser daran, der die Annuität mit Tilgungsversicherung gewählt hat: er hat eben faktisch weniger zu bezahlen, oder aber, wenn er gleichviel bezahlt wie der andere, so kann er in der gleichen Zeit ein höheres Darlehen amortisieren oder er wird bei gleich hohem Darlehen schneller mit seiner Schuld fertig.[44]) Da nun gegenwärtig oft der selbst für erststellige Hypothekendarlehen, stets aber der für Nachhypotheken oder gar für rein persönliche Schulden verlangte Zins höher ist als der tatsächlich von den Gesellschaften erzielte Zins, so ist ohne weiteres ersichtlich, daß bei der gegenwärtigen Wirtschaftslage der Abschluß einer Tilgungsversicherung für den Darlehensnehmer vorteilhafter ist, als die Aufnahme eines nichtamortisablen Darlehens unter gleichzeitigem Abschluß einer regulären Lebensversicherung. Dabei dürfte auch in Erwägung gezogen werden, daß die Bestrebungen, die Versicherungsgesellschaften zur Anlage eines Teiles ihrer Kapitalien in Staatspapieren zu zwingen, von Zeit zu Zeit immer wieder in den Köpfen der „Führenden" spuken; und wenn je solche Ziele in die Praxis umgesetzt würden,[45]) so würde das einen ganz beträchtlichen

---

lichen Verhältnissen und wird überdies (aufsichtsbehördlichen Wünschen und Anordnungen entsprechend und in Durchführung eines ersten Gebots der Versicherungsvorsicht) stets so festgesetzt, daß er *unter* dem tatsächlich erzielten Zins stehen bleibt.

[43]) also einem Zinsfuß, der *über* dem von den Gesellschaften durchschnittlich erreichten Zins steht; gegenwärtig erreichen die Gesellschaften eine durchschnittliche Verzinsung von 4¼ %.

[44]) Über einen gegen die obige Argumentation (wonach das Verhältnis zwischen Darlehenszins und tatsächlich von der Gesellschaft erzieltem Zins von großer Bedeutung ist für die Beurteilung der Frage nach der Billigkeit der Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung) ins Feld geführten Einwand vgl. die Ausführungen unten im VIII. Kapitel.

[45]) wovor uns, so hoffen wir im Interesse *aller* Beteiligten, nicht zuletzt der Staaten bzw. des Reiches selbst, ein gütiges Geschick behüten möge!

Zinsverlust für die Gesellschaften zur Folge haben, der *durchschnittlich* von den Gesellschaften erzielte Zins würde noch niedriger werden! Die Annahme, daß der von den Versicherungsgesellschaften erreichte Zins je *über* den jetzt, bei Aufnahme des Darlehens ausbedungenen Darlehenszins (ganz besonders für Nachhypotheken!) steigen könnte, ist wohl durch nichts gerechtfertigt: die ganze Entwicklung des Versicherungswesens, ja überhaupt der Volkswirtschaft und Weltwirtschaft, die Bevölkerungsstatistik, die Tendenz der Gesetzgebung (Hypothekenbankengesetz, Versicherungsaufsichtsgesetz, insbesondere Zwang zur Kapitalanlage in mündelsicheren, aber demgemäß nieder verzinslichen Papieren, Ausschluß des Ankaufs von Spekulationspapieren, aber auch die steigende Belastung der Versicherer durch soziale wie durch Steuergesetze) und viele andere Umstände schließen eine derartige Hypothese wenigstens für das gegenwärtige Jahrhundert so gut wie sicher aus. Als wichtigster Grund, weshalb der von den Gesellschaften erzielte Zins nie über den in unseren Fällen üblichen Darlehenszins steigen wird, kommt aber in Betracht, daß die Tilgungsversicherung gerade wegen ihres eigenartigen Wesens zur Sicherstellung von mehr auf den *Personal*kredit sich stützenden Darlehen in hervorragendem Maße berufen ist; bei solchen Darlehen aber ist das „Risiko" des Gläubigers, einen Ausfall zu erleiden, doch stets größer, als wenn eine an einem Grundstück zur ersten Stelle eingetragene Hypothek in Höhe von vielleicht bloß 50 bis 60 % des gemeinen Wertes das Darlehen voll deckt! Das größere Risiko des Gläubigers aber wird stets in einem erhöhten Zinsfuß seinen Ausdruck finden; der Zinsfuß für Darlehen, zu deren weiterer Sicherstellung der Abschluß einer Tilgungsversicherung angezeigt erscheint, wird also in allen Fällen höher sein, als der von den Gesellschaften erzielte Zins; letzteres selbst dann, wenn durch die Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse ein Sinken des *allgemein* üblichen Zinsfußes für Darlehen hervorgerufen würde! —

e) Alle bisher aufgezählten Momente, die die größere Billigkeit der Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung dartun, lassen die Frage, wann der Versicherungsfall eintritt, beiseite. Sehen wir uns aber einmal die Verhältnisse der beiden Versicherungsmöglichkeiten im Todesfall des Schuldners etwas genauer an, so zeigt sich, daß unter einer gewissen Voraussetzung der Schuldner bzw. seine Erben einen positiven Gewinn machen; wir wollen diesen, im Folgenden zu besprechenden Gewinn in Anlehnung an einen in den „Stuttgarter Mitteilungen" erschienenen Aufsatz[46]) „Auszahlungsgewinn im Todesfall" heißen. Die Voraussetzung ist einzig und allein: Der Zinsfuß, den der Schuldner für sein Darlehen zu zahlen hat, muß *größer* sein als der von der Gesellschaft tatsächlich erzielte Zins; daß diese Voraussetzung aber nach der Eigenart der in Rede stehenden Verhältnisse *stets* zutreffen wird, wurde eben bewiesen. Unter dieser er-

[46]) „Stuttgarter Mitteilungen", Monatsschrift, herausgegeben vom Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein und von der Stuttgarter Mit- und Rückversicherungs-Aktiengesellschaft, Nr. 7 vom Januar 1914. Vgl. übrigens auch den Artikel in Nr. 3 vom September 1913, S. 22 ff.



wähnten Voraussetzung nun ergibt sich beim Todesfall des Schuldners folgendes: Die Gesellschaft hatte sich im Versicherungsvertrag verpflichtet, vom Todesfall des Schuldners an die noch nicht entrichteten Amortisationsbeträge zu zahlen. Diese restlichen Annuitäten können aber auf Antrag auch in *einer* Summe geleistet werden. Diese Summe wird berechnet dadurch, daß man die einzelnen Annuitäten von ihrem Fälligkeitstage ab auf den Todestag des Schuldners diskontiert. Der Gläubiger, dem überdies die Rückzahlung der beim Tode noch ungedeckten restlichen Darlehenssumme in *einem* Betrag in vielen Fällen ebenfalls sehr erwünscht sein wird, kann aber die Diskontierung nur mit dem *hohen* Satz verlangen, den der Schuldner als *Zins* für das Darlehen zu entrichten hatte. Diesen so diskontierten Betrag zahlt die Gesellschaft an den Gläubiger, der dadurch voll befriedigt und abgefunden ist. Nun kann die Gesellschaft aber auch, ohne irgendwelchen *Schaden* zu haben, die Diskontierung der einzelnen Annuitäten mit *dem* Satz vornehmen, der der von ihr selbst mit ihren Kapitalanlagen erreichten Verzinsung entspricht; das ist etwa 4 bis 4½ %. Dieser Satz ist aber, wie angenommen und wie auch den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend, *kleiner* als der übliche Darlehenszins. Die Diskontierung mit dem kleineren Satz ergibt aber einen größeren *gegenwärtigen* Wert; es entsteht eine Differenz zwischen dem (kleineren) Betrag, auf den der Gläubiger als Restzahlung Anspruch hat, und dem (größeren) Betrag, den die Gesellschaft nach ihren Rechnungsgrundlagen und ihren Geschäftsergebnissen zahlen könnte. Wer soll nun diesen Differenzbetrag erhalten? Der Gläubiger und die Versicherungsgesellschaft haben teils aus rechtlichen, teils aus moralischen Gründen keinen Anspruch darauf. Nur der Schuldner, der durch die bisherige Zahlung hoher Zinsen und der Versicherungsprämie diese Differenz überhaupt ermöglicht hat, nur er und an Stelle des verstorbenen Schuldners seine Erben haben ein Anrecht auf diesen Differenzbetrag. In dieser Erwägung hat sich denn auch der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein verpflichtet, beim Tode des Schuldners die Diskontierung der noch nicht bezahlten Annuitäten mit dem Satz von 4 % vorzunehmen und die sich ergebende Differenz den Erben des Schuldners in bar auszuzahlen.[47]) Die Gesellschaft kann eine derartige Verpflichtung um so leichter eingehen, als sie durch die sofortige Auszahlung des Restes die künftigen Verwaltungskosten, die durch die Verbuchung und Auszahlung jeder einzelnen Tilgungsrate entstehen würden, spart.

Oben einmal[48]) habe ich angedeutet, daß sich der Gläubiger unter Umständen eine Entschädigung ausbedingen wird für den Fall, daß den Erben des Schuldners im Todesfall das Recht zugestanden werden soll, die sofortige Zahlung des Darlehensrestes (= der diskontierten einzelnen Annuitäten) in *einer* Summe zu beantragen. Selbst wenn nun eine derartige Entschädigung vereinbart ist, so kann doch die hier-

[47]) Die Generaldirektion des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins a. G. in Stuttgart bestätigt auf Wunsch dies jedem einzelnen Interessenten noch besonders.
[48]) Im IV. Kapitel.

durch eintretende Schmälerung des „Auszahlungsgewinnes“ nur ganz minimal sein; dies schon deshalb, weil der Auszahlungsgewinn, den der Schuldner bzw. seine Erben bei der Tilgungsversicherung im Gegensatz zu der reinen Lebensversicherung machen, selbst in den finanziell ungünstigsten Fällen noch außerordentlich hoch ist: dies zeigt deutlich das im folgenden Absatz erwähnte Beispiel.

Es ist ersichtlich, daß dieser Auszahlungsgewinn nur bei der Tilgungsversicherung eintreten kann. Denn wenn gegen Gewährung eines nichtamortisablen Darlehens eine einfache Lebensversicherung auf den Darlehensbetrag abgeschlossen wird, so wird eben beim Tode das volle Kapital fällig und dem Gläubiger voll ausgezahlt. Die Differenz zwischen dem von der Gesellschaft erzielten Zins und dem Darlehenszinsfuß, die ja die Voraussetzung für den Auszahlungsgewinn bei der Tilgungsversicherung bildet, spielt im Falle des Abschlusses einer reinen Lebensversicherung überhaupt keine Rolle! —

Zugegeben sei, daß von den eben erwähnten fünf Punkten (*a* bis *e*), die eine Verbilligung der Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung bewirken, in der gegenwärtigen Praxis nur drei, nämlich Punkt *a* („in der niedrigen Tilgungsversicherungsprämie steckt ein niedriger Verwaltungskostenzuschlag“), sowie Punkt *d* und *e* (Gewinn infolge der Differenz der beiden in Betracht kommenden Zinssätze) effektiv in die Erscheinung treten; hinwiederum der Punkt *e* nur dann, wenn der Tod des Schuldners vor Ablauf der Versicherungsdauer eintritt. Daß aber schon diese drei bzw. zwei Momente für sich allein ganz beträchtlich wirken, wird augenfällig und für jeden Laien verständlich bewiesen in jenem Aufsatz in den „Stuttgarter Mitteilungen“, Nr. 7 vom Januar 1914, von dem bereits oben in der Fußnote 46 die Rede war. Hier wird der Nachweis geführt, daß unter folgenden, durchaus den normalen Verhältnissen entsprechenden Annahmen:

> Darlehen von 10 000 M., Zinsfuß 4½ %, Dauer der Amortisation 35 Jahre (somit Amortisationsquote laut Amortisationstabelle 1,227 %), jährliche Leistung des Schuldners für die *Annuität* demgemäß 572,70 M.,

die Tilgungsversicherung, die ein Fünfundzwanzigjähriger auf das der 35 jährigen Dauer entsprechende Endalter 60 abschließt, im finanziell ungünstigsten Falle um etwa 700 M., im günstigsten Falle um 1300 M. *billiger* ist als eine unter denselben Umständen für ein nicht amortisables Darlehen abgeschlossene, auf das 60. Lebensjahr des Schuldners gestellte Lebensversicherung über konstant 10 000 M.[49]) Ein derartiges praktisches Beispiel beweist mehr die Notwendigkeit der Tilgungsversicherung, ihre Vorzüge und ihre Existenzberechtigung, als alle theoretischen Erörterungen! Es ist übrigens selbstverständlich, daß der Gewinn noch ganz bedeutend größer wird, wenn ein höherer Darlehenszins als 4½ % vereinbart ist, da alsdann die den „Zins-

---

[49]) Die Generaldirektion des Allgemeinen Deutschen Versicherungsvereins stellt Sonderabzüge dieses Aufsatzes jedem Interessenten kostenlos zur Verfügung.



gewinn“ und den „Auszahlungsgewinn“ (Punkt *d* und *e*) hervorrufende Differenz zwischen den beiden Zinssätzen noch größer ist.

So zeichnet die Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung zweifellos der Vorzug größerer Billigkeit aus. Sie vereinigt aber gleichzeitig alle die Vorteile in sich, die sich wirtschaftlich aus der Verbindung zwischen Lebensversicherung und Hypothekendarlehen bzw. aus der Verwendung der ersteren zur Deckung von Schulden ergeben, jene Vorteile, die sich treffend in den Satz zusammenfassen lassen: Die Schuld ist beim Tode event. spätestens bei Erreichung eines bestimmten Endalters für den Schuldner gedeckt und belastet nicht mehr den Erben.

2. Anpassung an das Annuitätensystem.

Als weiterer Vorteil der Tilgungsversicherung wäre anzuführen, daß sie in ganz besonderem Maße den Bedürfnissen des Realkredits, insbesondere des ländlichen Realkredits, sich anpaßt. Die geeignetste Form der Kreditaufnahme, wie auch die volkswirtschaftlich und privatwirtschaftlich segensreichste bzw. am wenigsten schädliche ist ja die Form der Annuität. Dies deshalb, weil das Annuitätensystem in hervorragendem Maße, ja man kann sagen, begriffsmäßig, die Erfordernisse des Realkredits erfüllt, und weil es eine schnelle und sichere Abtragung der Schuld ohne allzu große Belastung für den Schuldner sichert. Wird aber bei Annuitätendarlehen eine Versicherung auf das Leben des Schuldners genommen, so kann dies nur in Form der Tilgungsversicherung geschehen. Diese beiden Institutionen ergänzen einander somit sehr wirkungsvoll.

3. Vermeidung eines bei der reinen Lebensversicherung möglicherweise eintretenden Nachteils.

Schließlich ist bei der Zusammenstellung der Vorteile der Tilgungsversicherung auch noch eines Umstandes zu gedenken, der sich bei der *regulären* Lebensversicherung als ein schwerer Nachteil für den Schuldner darstellt, der aber bei der Tilgungsversicherung gar nicht eintreten kann: Wird nämlich ein nichtamortisables Darlehen gewährt gegen gleichzeitigen Abschluß einer reinen Lebensversicherung, so steht dem Gläubiger als Zessionar der Versicherung stets der Zugriff auf den Rückkaufswert derselben offen. Bei der reinen Lebensversicherung ist nun dieser Rückkaufswert gegenüber dem Rückkaufswert der Tilgungsversicherung, der oft gleich Null ist, stets bedeutend höher. Gleichwohl stellt die Möglichkeit, diesen Rückkaufswert in Anspruch zu nehmen, für den Gläubiger keinen Vorteil dar; im Gegenteil: denn dafür, daß der Schuldner eine reine Lebensversicherung abschließt, muß der Gläubiger ja auf die Amortisation verzichten und ein nichtamortisables Darlehen gewähren,[50]) und so entgehen ihm dafür die Amortisationsquoten! Für den Schuldner aber — und das muß hier nachdrücklichst betont werden — würde der von dem Gläubiger getätigte Rückkauf der *Lebens*versicherungspolice

[50]) Siehe darüber die unter „B. Vorteile für den Gläubiger“ folgenden Ausführungen.



einen außerordentlichen finanziellen *Verlust* bedeuten, der sich in *dem* Fall, daß der Schuldner wegen inzwischen eingetretener schlechter Gesundheitsverhältnisse nirgends mehr Versicherung findet, nicht einmal ziffernmäßig ausdrücken läßt! Dieser Verlust kann aber bei Abschließung einer Tilgungsversicherung (und Gewährung eines amortisablen Darlehens) für den Schuldner niemals eintreten:[51]) ein weiteres Moment, das die Bevorzugung der Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung rechtfertigt.

B. Für den Gläubiger.

1. Größere Deckung — geringeres Risiko.

Es bleibt noch übrig, kurz der Vorteile Erwähnung zu tun, die der Darlehensgläubiger von dem Abschluß der Tilgungsversicherung hat. Dabei wird, wie bei der Erörterung der Vorteile der Tilgungsversicherung für den Schuldner, vorausgesetzt, daß von vornherein der Abschluß einer Versicherung überhaupt geplant ist und daß nur in Frage steht, ob Annuität und Tilgungsversicherung oder nichtamortisables Darlehen und reguläre Lebensversicherung. Wenn der Gläubiger bereits durch Grundstücke oder (bei rein „persönlicher" Schuld) durch sonstige Sicherheiten (Verpfändung eines Warenlagers, Verpfändung von Wertpapieren usw.) genügend gedeckt ist, dann wird er mit Recht an dem Abschluß irgendeiner Lebensversicherung als weiterer Sicherheit kein besonderes Interesse haben. Denn die ihm bestellten Sicherheiten haften ihm auch über den Tod des Schuldners hinaus; und der Abschluß der Versicherung belastet ja den Schuldner bloß mit weiteren Ausgaben, so daß hierdurch nur die Gefahr einer Zahlungsunfähigkeit in noch größere Nähe gerückt erscheint. Daher wird auch der Gläubiger einer durchaus sicheren erststelligen Hypothek in der Regel nichts von einer Versicherung wissen wollen.

Hier zeigt sich nun aber die hohe Bedeutung der Lebensversicherung überhaupt für den Fall, daß die sonstigen, dem Gläubiger bestellten Sicherheiten zu seiner Deckung nicht völlig hinreichen: wenn außer den verpfändeten *res* auch noch die *persona* des Schuldners den Kredit stützen muß. Als eine Übergangsstufe zwischen reinem Real- und reinem Personalkredit wären wohl die Nachhypotheken anzusprechen. Wohltätig wirkt hier der Abschluß einer Versicherung, die die Rückzahlung des Darlehens auch im Falle des Todes des Schuldners unter allen Umständen — mag der Nachlaß noch so sehr

[51]) Die versicherungstechnische Begründung hierfür kann kurz, allerdings für den Laien wohl nicht recht verständlich, dahin gegeben werden: Was der Versicherungsnehmer beim Rückkauf einer regulären Lebensversicherung *ohne effektive Gegenleistung* der Gesellschaft verliert, ist ein Teil der *Prämienreserve*, setzt sich also aus Teilen der vom Versicherungsnehmer bisher eingezahlten Reserveprämie zusammen, nicht aus Teilen der Risikoprämie (die Risikoprämie — der andere Teil der vollen Prämie — ist in ihrer ganzen Höhe als Entschädigung für das getragene Risiko — Gegenleistung des Versicherers! — zu betrachten; bei der Tilgungsversicherung, die sich als eine Art Risikoversicherung darstellt, ist aber die Reserveprämie verschwindend klein, so daß der Verlust eines Teiles derselben überhaupt nicht ins Gewicht fällt!



überschuldet sein — gewährleistet.[52]) Ist nun für den *Gläubiger* die Gewährung eines nichtamortisablen Darlehens gegen Abschluß einer regulären Lebensversicherung oder die Gewährung einer Annuität mit Tilgungsversicherung günstiger?

Solange das Schuldverhältnis seinen regelmäßigen Fortgang nimmt, insbesondere der Schuldner im einen Falle seiner Verpflichtung zur Zahlung der Darlehenszinsen und Lebensversicherungsprämien, im anderen Falle zur Entrichtung der Zinsen, Amortisationsquoten und Tilgungsversicherungsprämien ordnungsmäßig nachkommt, kann die gestellte Frage nicht absolut und bestimmt entschieden werden. Ganz anders, wenn, was doch sehr naheliegend ist, der Schuldner durch irgendwelche Umstände zurückkommt, so daß er nicht mehr alle seine Verpflichtungen erfüllen kann: Ist in diesem Fall ein nichtamortisables Darlehen aufgenommen, so besteht die Schuld in jedem Zeitpunkt des Schuldverhältnisses in voller Höhe; wurde das Darlehen aber amortisabel gewährt, so ist durch die Amortisation die Verpflichtung des Schuldners bereits bedeutend gesunken, und zwar um so bedeutender, je später der wirtschaftliche Rückgang des Schuldners eintritt. Die Gefahr für den Gläubiger, einen Ausfall zu erleiden, ist um ebensoviel zurückgegangen. Demgegenüber kann man nicht etwa einwenden: „Auch beim Vorliegen eines nichtamortisablen Darlehens und gleichzeitigem Abschluß einer regulären Lebensversicherung habe sich das „Risiko" des Gläubigers vermindert, und zwar um den Betrag, der dem Rückkaufswert der Versicherung in jenem Zeitpunkt gleichkomme." Das ist allerdings richtig; allein es bleibt zu beachten, daß der Rückkaufswert einer solchen Lebensversicherung in *jedem* Zeitpunkt während der ganzen Versicherungsdauer *kleiner* ist als die Summe der in dem gleichen Zeitpunkt bereits geleisteten Amortisationsbeträge zuzüglich deren Zinsen und Zinseszinsen. ***Die Sicherheit des Kreditinstituts ist also bei Amortisationsdarlehen und Tilgungsversicherung in jedem Zeitpunkt der Versicherungsdauer größer, sein „Risiko" kleiner, als bei Gewährung eines nichtamortisablen Darlehens und Abschluß einer einfachen Lebensversicherung;*** diese Tatsache kann nicht deutlich genug hervorgehoben werden.[53]) Man überlege: Bereits während der ersten drei Jahre der Dauer des Schuld-

---

[52]) Die Rechte aus der Versicherung stehen ja, wie vorausgesetzt (siehe oben III. Kapitel, B, 2) dem *Gläubiger* zu, fallen also gar nicht in den Nachlaß des Schuldners.

[53]) Selbstverständlich müssen dabei die Amortisationsquoten so gewählt werden, daß die Leistungen des Schuldners für die Annuität zuzüglich der Tilgungsversicherungsprämie a priori ebenso hoch sind, als wenn der Schuldner bloß den Zins für das Darlehen und die Prämie für die reine Lebensversicherung zu zahlen hätte, etwa analog dem oben, zu Beginn des VI. Kapitels, angeführten *Hecht*schen Beispiel; ebenso muß angenommen werden — und dies wird ja auch der Fall sein —, daß die Amortisationsdauer *nicht länger* oder wenigstens nicht erheblich länger bestimmt wird als die vertragsmäßige Versicherungsdauer. Ohne diese beiden Prämissen läßt sich ja vernünftigerweise überhaupt eine Vergleichung, welche der beiden Formen (Annuität mit Tilgungsversicherung oder nichtamortisables Darlehen mit Lebensversicherung) für den Gläubiger günstiger ist, nicht durchführen.

verhältnisses verringert sich bei Gewährung einer *Annuität* das Risiko des Gläubigers um die gezahlten Amortisationsbeträge und deren Zinsen; eine reguläre Lebensversicherung hat aber während der ersten drei Jahre regelmäßig überhaupt noch keinen Rückkaufswert, und es bleibt hier somit während der ersten drei Jahre das Risiko des Gläubigers in voller Höhe bestehen. Auch hernach wächst der Rückkaufswert der Lebensversicherung nur sehr langsam und steigt erst in den allerletzten Jahren der Versicherungsdauer schneller an. Selbst noch wenige Monate vor dem Endtermin der Versicherung bleibt bei vielen Gesellschaften der „Rückkaufswert" hinter der, wenn auch diskontierten, Versicherungssumme zurück! Die obige Behauptung: „Der Rückkaufswert einer Lebensversicherung ist in jedem Zeitpunkt kleiner als die Höhe der im gleichen Zeitpunkt bereits geleisteten Amortisationsbeträge zuzüglich Zinsen und Zinseszinsen", wird auch erwiesen durch die graphische Darstellung der mathematischen Kurve des Rückkaufswerts einer Lebensversicherung während ihrer Dauer im Vergleich mit der Kurve der Amortisationsbeträge zuzüglich Zinsen und Zinseszinsen.[54]) —

2. Vorteile aus der Ansammlung des Amortisationsguthabens.

In dem angesammelten Amortisationsguthaben des Schuldners hat letzterer einen Fonds, aus dem er eventuell die Prämienzahlung für die Tilgungsversicherung während seiner finanziellen Krisis bestreiten kann, ohne daß er dadurch einen weiteren Verlust hätte als den Entgang der Zinsen für den aus dem Amortisationsguthaben entnommenen Betrag. Auch dem Gläubiger wird dies wohl sympathischer sein (schon wegen der *geringeren* Höhe der Tilgungsversicherungsprämien gegenüber den Lebensversicherungsprämien und wegen der *größeren* Höhe des Amortisationsguthabens gegenüber dem Rückkaufswert der Lebensversicherung zur gleichen Zeit), als wenn er als Zessionar der Versicherung dem Schuldner seine Zustimmung zur Deckung der Lebensversicherungsprämien aus dem etwaigen Rückkaufswert bzw. Beleihungswert geben müßte.

Ist der Gläubiger ein Kreditinstitut, so gewährt ihm überdies die Ansammlung eines Amortisationsguthabens noch in verschiedenen anderen Richtungen Vorteile, die zu erörtern hier nicht der Raum ist.

Überhaupt wird der Gläubiger um so eher ein *amortisables* Darlehen geben, je mehr die Kreditwürdigkeit des Schuldners auf seinen *persönlichen* Verhältnissen beruht, je mehr das Darlehen seine Stütze findet in dem Personalkredit. Dies hat seinen Grund darin, daß einmal das Risiko des Gläubigers bei der Annuität regelmäßig und schnell sinkt, anderseits die den Kredit stützenden Momente in ihrem Bestand und in ihrem Wert von so vielen Zufälligkeiten abhängig sind, daß dem Gläubiger im allgemeinen eine Festlegung auf einen *bestimmten, während Jahrzehnten sich gleichbleibenden* Darlehensbetrag

[54]) Von einer etwas anderen Seite aus begründet *Hecht,* l. c. S. 125 ff., die obige Behauptung, daß das Amortisationsguthaben stets größer sei als der Rückkaufswert.



nicht ratsam erscheint: wie es bei reinem Realkredit ist, wo die *res* durch ihre Verpfändung für sich allein schon völlige Sicherheit bietet. Gerade an die Form der Annuität paßt sich aber die Tilgungsversicherung und nur sie allein an!

VII. Kapitel. Nachteile der Tilgungsversicherung.

Wie? Vorteile auf allen Seiten? Da muß es doch wundernehmen, daß trotz alledem die Tilgungsversicherung nicht besser bekannt, nicht allgemeiner verbreitet ist!

Forschen wir nun nach den Gründen, warum die Verbreitung der Tilgungsversicherung nicht größer ist, so dürfte wohl einer der wichtigsten die verhältnismäßige Kompliziertheit derselben sein. Zudem wendet sich die Versicherung mit in besonderem Maße an Kreise, in denen der Versicherungsgedanke überhaupt noch nicht so tief Wurzel gefaßt hat: an die Kreise der ländlichen Besitzer. Wie im politischen Leben, in der inneren und äußeren Politik, so zeigt sich auch auf wirtschaftlichem Gebiet und insbesondere in der Versicherungswirtschaft, daß unser Volk doch noch recht jung ist; mit allen Fehlern und Vorzügen, die der Jugend immer eigen! Man erinnere sich doch nur, welch harte Kämpfe die Einführung der Lebensversicherung kostete! Wie eigentlich erst im letzten Drittel, ja eigentlich erst in den beiden letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts der Boden so bearbeitet war, daß diese segensreichste Institution, die eine prinzipielle Gegnerschaft heute wohl kaum mehr findet, wachsen und zur Blüte gelangen konnte. Wie sollte dann erst eine Versicherungsart, die doch schon einen hohen Grad von Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Volks- und Privatwirtschaft, einen hohen Grad von Verständnis für das Versicherungswesen, gleichzeitig auch einen hohen Grad von Selbstentäußerung (Lasten in der Gegenwart zugunsten der Zukunft!) erheischt, ohne große Opfer, ohne Schwierigkeiten eingeführt oder gar populär gemacht werden können!

Abgesehen von der Kompliziertheit kommt in Frage, daß vielfach die *Notwendigkeit* und *Zweckmäßigkeit* der Tilgungsversicherung nicht eingesehen wird. Freilich: *Absolut* notwendig ist keine Versicherung; aber wenn sich ein sorgender Vater für verpflichtet hält, sein Leben zu versichern, um seine Angehörigen im Falle seines Todes vor bitterer Not zu schützen, so sollte er sich erst recht gegen *die* Eventualität schützen, daß er seinen Hinterbliebenen noch ungedeckte Schulden zurückläßt. Man sollte meinen, in dieser Hinsicht hätte gerade die Tilgungsversicherung das primäre sein müssen, insofern als der logische Gedankengang doch der ist: zunächst Deckung der Schulden, zunächst Sorge für die Familie in der Hinsicht, daß nicht noch ungedeckte Verbindlichkeiten den Erben belasten. Erst in sekundärer Beziehung, sollte man glauben, käme dann eine positiv wirkende Fürsorge in der Richtung, daß der Versorger seinen Hinterbliebenen bei seinem Tode nicht nur keine Schulden, sondern ein sofort fälliges Kapital hinterläßt. Die Geschichte zeigt, daß die Entwicklung — übrigens nicht nur bei uns in Deutschland — in der Regel umgekehrt vor



sich gegangen ist; vielleicht hängt dies mit der Tatsache zusammen, daß sich, besonders in Deutschland, das Kreditwesen überhaupt und die daran anknüpfenden Versicherungsmöglichkeiten (Kreditversicherung, Hypothekenversicherung in ihren verschiedenen Spielarten) gegenüber den übrigen Wirtschaftszweigen nicht sehr schnell entwickelt haben.

Daß die *Zweckmäßigkeit* der Tilgungsversicherung insbesondere gegenüber der Verwendung der reinen Lebensversicherung zur Schuldentilgung nicht verstanden wurde, das hat wohl seinen Grund in der mangelhaften Aufklärung des Publikums. Und damit kommen wir auf einen weiteren Punkt, der der raschen Einführung der Tilgungsversicherung hinderlich im Wege stand: das ist die Tatsache, daß die Tilgungsversicherung bisher nur sehr vereinzelt betrieben wurde. Ehrlicher Wettbewerb der Produzenten, Konkurrenz — in mäßigen, vernünftigen Grenzen — bedeutet im wirtschaftlichen Leben immer Fortschritt; und dies nicht zum mindesten deshalb, weil durch das Vorhandensein einer Konkurrenz das Publikum einerseits vielfach erst auf das Bestehen des betreffenden Produktionszweiges hingewiesen, anderseits aber zur Kritik und zu prüfender Auswahl unter den Erzeugnissen der verschiedenen Produzenten erzogen wird. Das fehlte bisher bei der Tilgungsversicherung und wird — so fürchten wir — wohl auch noch geraume Zeit fehlen.

VIII. Kapitel. Einwände; Dr. Ferdinand Meyer's Vorschlag; Einzelheiten.

Es ist zum Schluß noch einigen Einwänden zu begegnen, die sich in der Literatur und bei hervorragenden Praktikern finden. Ich gehe dabei davon aus, daß nur zur Debatte steht, ob reine Lebensversicherung auf das *volle* (nichtamortisable) Kapital oder Lebensversicherung auf den Darlehens*rest,* d. h. Tilgungsversicherung bei Amortisationsdarlehen. Daß die Heranziehung der Lebensversicherung zur Schuldentilgung *überhaupt* von außerordentlichem Vorteil ist, ist, soweit ersichtlich, unbestritten.

Bei der Sammlung der einzelnen, gegen die Tilgungsversicherung vorgebrachten Einwände hat es der Autor leicht: sie finden sich nämlich schon gesammelt, und zwar in dem bereits wiederholt erwähnten Gutachten vom Februar 1900, das vier Gegenseitigkeitsgesellschaften (zu Gotha, Leipzig, Stuttgart, Karlsruhe) dem Deutschen Landwirtschaftsrat[55]) erstattet haben. Wir werden uns im folgenden an dieses Gutachten halten.

Das Gutachten unterscheidet im wesentlichen *zwei* Hauptpunkte und bringt die übrigen Einwände mehr oder weniger in Form von kurzen Einschaltungen. Einleitungsweise streift das Gutachten einen schon in einem Gutachten von Dr. *Leibbrand*-Stuttgart[56]) vorgebrachten Einwand: das Auftreten der negativen Prämienreserven. Ich

---

[55]) Siehe Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats 1900 (Bd. 24), S. 86 ff.

[56]) l. c. 1899 (Bd. 23), S. 258 Ziff. 4.

habe mich oben[57]) ausführlich darüber verbreitet, insbesondere darauf hingewiesen, daß *Hecht* selbst schon derjenige war, der die Unhaltbarkeit dieses Einwandes aufgezeigt hat. Ehrlicherweise erkennt das Gutachten die Richtigkeit der *Hecht*schen Widerlegung auch an und — verwirft damit seinen eigenen Einwand! Das erste Argument, mit dem das Gutachten die Tilgungsversicherung ablehnt, lautet: „Die (Hypotheken-) Tilgungsversicherung ist teurer als die alternative Versicherung.“ Zur Begründung und zum Beweis werden Beispiele gebracht; zur richtigen Würdigung dieser Beispiele wie überhaupt des ganzen Gutachtens muß nun von vornherein darauf aufmerksam gemacht werden: 1. daß sich das Gutachten ausschließlich mit der *Hecht*schen Versicherung auf den Kapitalrest und deren Eigentümlichkeiten befaßt, nicht aber mit unserer Tilgungsversicherung; 2. daß es sich an einen sehr kleinen Kreis von Personen wendet, und ferner, daß es mit Rücksicht auf einen ganz bestimmten Zweck erstattet ist: Entschuldung des ländlichen Grundbesitzes; es betrifft also nicht allgemein die Schuldentilgung, sondern nur die Entschuldung des Grundbesitzes und hier wieder nur die der ländlichen Besitzer. Da erscheint es, — unter der weiteren, zu großer Vorsicht zwingenden Klausel, daß das Gutachten eben aus den um die Jahrhundertwende herrschenden Zeit- und Wirtschaftsverhältnissen heraus zu betrachten ist, — wenigstens nicht direkt unrichtig, wenn man mit einem Hypothekenzinsfuß von 3 bis 4 % rechnet. So werden uns dann Seite 89 l. c. die Gesamtkosten für eine Reihe von Beispielen einerseits für die Tilgungsversicherung, anderseits für die reguläre Lebensversicherung vor Augen geführt. Prüfen wir das Endresultat: Die Abwägung der einzelnen Gesamtkosten bestätigt: Je höher der Darlehenszins, um so günstiger die Tilgungsversicherung gegenüber der reinen Lebensversicherung; und sobald einmal der Zins, den der Schuldner für das Darlehen zu zahlen hat, ***höher*** ist als der von der Gesellschaft erzielte Zins,[58] so ist die Tilgungsversicherung billiger für den Schuldner. Wohlweislich unterläßt es daher das Gutachten, die Aufstellung auch für einen Darlehenszinsfuß von 4½ % oder gar 5 % oder noch mehr zu fertigen! Wo finden wir aber heute einen Darlehenszins von 3 oder 3½ %? Und gar wenn man berücksichtigt, daß die Tilgungsversicherung in hervorragendem Maße gerade für weniger sichere, daher höher verzinsliche Darlehen (Nachhypotheken, rein persönliche Schulden!) Anwendung findet! Wir sehen: die Beispiele des Gutachtens haben nur sehr problematischen Wert; sie sind durch die Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse längst veraltet und lassen außerdem die für die Tilgungsversicherung wesentlichen Momente: Sicherstellung bzw.

---

[57]) Im III. Kapitel.

[58]) Es muß freilich zugegeben werden, daß *Hecht* insofern ein Versehen unterlaufen ist, als er mit dem *rechnungsmäßigen* Zinsfuß der Gesellschaften operiert: er hätte statt dessen den tatsächlich erzielten Zins einsetzen sollen: vgl. oben, Anm. 42. Dem *Hecht*schen Vorgang entsprechend rechnen auch die Beispiele des Gutachtens, um eben die Unrichtigkeit der *Hecht*schen Berechnung darzutun, mit dem rechnungsmäßigen Zins. Allein die Folgerungen des Gutachtens sind, wie oben ausführlich gezeigt wird, durchaus nicht schlüssig.

Tilgung von weniger sicheren, daher höher verzinslichen Schulden, außer acht.

Weiterhin ist noch hervorzuheben: Das Endresultat der einzelnen Beispiele wird wesentlich getragen durch eine den Verhältnissen bei den begutachtenden Gesellschaften entsprechende Ansetzung der Verwaltungskosten. Gerade aber dieser Faktor ist anerkanntermaßen fast bei jeder Gesellschaft verschieden! Und zwar nicht nur verschieden nach der rechnungsmäßigen Ansetzung, sondern auch nach seiner tatsächlichen Größe! Auch dieses Moment ist somit nur dazu angetan, den *allgemeinen* Wert des Gutachtens herabzudrücken; es kann nur davor gewarnt werden, die Aufstellungen desselben, die auf ganz bestimmte, bei den einzelnen Gesellschaften völlig verschiedene Faktoren sich gründen, zu verallgemeinern! Und so beweisen diese Resultate auch nichts gegen die Richtigkeit meiner im VI. Kapitel aufgestellten Thesen.

Als Resumé ergibt sich: Ist der Darlehenszins höher als der von der Gesellschaft erzielte Zins, so ist die Tilgungsversicherung billiger; dieser Kardinalsatz meiner früheren Ausführungen wird sonach durch den ersten Teil des in Rede stehenden Gutachtens per argumentum e contrario aufs schlagendste bewiesen! Dabei ist aber der ganz bedeutende „Auszahlungsgewinn im Todesfall des Schuldners" noch gar nicht in Rechnung gezogen. (Vgl. oben im VI. Kapitel A, 1, e.)

Von der Prüfung der Frage, wie weit es sich rechtfertigt, die Verwaltungskosten im *gleichen* Prozentsatz in die Rechnung einzubeziehen wie bei der Lebensversicherung, habe ich im Vorstehenden ganz abgesehen. Jedenfalls berücksichtigt das Gutachten keinen der von mir oben erwähnten Punkte, die zu einer Einsparung an Verwaltungskosten führen; vielmehr meint das Gutachten nur, daß „die Verwaltungskosten bei der Tilgungsversicherung noch *erhöht* werden durch die Menge und Komplikation der nötig werdenden Tarife" (S. 87 l. c.). Ich habe demgegenüber oben gezeigt, daß nur ein einziger Tarif erforderlich ist; Voraussetzung ist dabei nur, daß die Versicherung überhaupt nicht als Versicherung „auf den Kapitalrest", sondern als „Rentenversicherung" aufgefaßt wird. Was die Berechnung dieses Tarifs und die dadurch entstehenden Verwaltungskosten anlangt, so sind diese begreiflicherweise minimal und treten überdies bei jeder Neueinführung, sei es ein neuer Tarif oder eine neue Versicherungsart, auf; wenn sich eine Versicherungsgesellschaft vor diesen verschwindend kleinen Verwaltungskosten scheuen würde, dann würde sie bei dem heutigen heftigen Konkurrenzkampf gar bald als unmodern ins Hintertreffen geraten!

Und schließlich erklärt das Gutachten: „Auch das Hypothekeninstitut hat Verwaltungskosten, die der Schuldner in irgendeiner Form zu tragen hat." Als ob es darauf ankäme! Als ob die Höhe der Verwaltungskosten der Kreditanstalt dadurch beeinflußt würde, ob der Schuldner eine Lebensversicherung oder eine Tilgungsversicherung abschließt! Fast möchte es scheinen, als wollte mit diesem Einwand gesagt sein: ein amortisables Darlehen verursache bei der Kreditanstalt höhere Verwaltungskosten als ein nichtamortisables. Diese



Behauptung ist aber in solch allgemeiner Form zum großen Teil unrichtig und zu dem kleinen Teil, in dem sie zutreffend ist, praktisch so bedeutungslos, daß dieser geringe Nachteil durch die außerordentlichen Vorteile, die die Annuität auch für das Geldinstitut mit sich bringt, weit aufgewogen wird.

Ein Punkt muß noch kurz hervorgehoben werden: Das Endresultat des Gutachtens (die Tilgungsversicherung ist teurer als die reine Lebensversicherung) wird wesentlich beeinflußt durch die gerade bei den betreffenden Gesellschaften herrschenden Verhältnisse hinsichtlich der beiden anderen Gewinnquellen (abgesehen von der Einsparung an Verwaltungskosten), nämlich hinsichtlich Sterblichkeitsverlauf und Zinsgewinn. Sobald sich diese Faktoren ändern — und auch sie sind, wie bekannt, bei jeder Gesellschaft anders —, ändert sich auch das Endresultat! —

Als *zweiten Haupteinwand* führt das Gutachten (S. 89 l. c.) an: „Die Hypothekentilgungsversicherung läßt sich in das *Dividenden*system der gewöhnlichen Versicherung *nicht* einfügen, weil die zwei Hauptgewinnquellen, Sterblichkeitsersparnis und Zinsgewinn, dort anders verlaufen als hier.“ Hierauf ist zu erwidern:

Soweit die Gewinnquellen einer Lebensversicherungsgesellschaft rechnungsmäßig erfaßt werden können, lassen sie sich scheiden in den Gewinn 1. aus der Einsparung an Verwaltungskosten, 2. aus dem Zurückbleiben der wirklichen Sterblichkeit hinter der erwarteten (rechnungsmäßigen) Sterblichkeit, 3. aus einer höheren Verzinsung als rechnungsmäßig angenommen (Zinsgewinn). Das Gutachten behauptet nun: Unter der Voraussetzung eines gegen den Rechnungszinsfuß der Gesellschaft gleich hohen oder höheren Darlehenszinses (diese Voraussetzung wäre ja bei den jetzigen Verhältnissen wohl stets gegeben!) ist

1. der Sterblichkeitsgewinn größer,
2. der Zinsgewinn kleiner

als bei der alternativen Versicherung. Diese Behauptung wird mathematisch auch bewiesen in der S. 92 ff. l. c. abgedruckten Beilage. Insbesondere der zweite der angeführten Punkte dürfte übrigens auch dem Laien einleuchten: Man bedenke, daß die *Reserve* bei der Tilgungsversicherung sehr klein bleibt, da sich letztere einer reinen Risikoversicherung ja sehr nähert: vgl. oben im II. und zu Beginn des III. Kapitels! Es ist klar, daß aus dieser kleinen Reserve kein so großer Zinsgewinn sich erzielen läßt, als aus der hohen und schnell anwachsenden Prämienreserve bei der regulären Lebensversicherung. Die Folge müßte sein, daß die Gesellschaft aus dem *Zins*gewinn bei der Tilgungsversicherung nicht so hohe Dividenden gewähren kann, wie aus dem Zinsgewinn bei der regulären alternativen Versicherung.[59]) Tut sie es dennoch, d. h. gewährt sie den Tilgungsversicherten die gleich hohe Dividende wie den alternativ Versicherten, so sind die letzteren benachteiligt. Der Einwand des Gutachtens hat also zweifellos zunächst

[59]) Das will eben der Einwand, die Tilgungsversicherung lasse sich nicht in das Dividendensystem der gewöhnlichen Versicherung einfügen, besagen.



innere Berechtigung; allein er war nur *für die damalige Zeit* berechtigt. In der Zwischenzeit erfuhr die Gewinntechnik in der Lebensversicherung einen Ausbau und eine Erweiterung in einer Weise, daß jetzt auch die Zusammenlegung nichtkonformer Versicherungen in einem einheitlichen Gewinnverband ermöglicht ist. Dieser Punkt möge im folgenden noch etwas ausführlicher besprochen werden.

Zur Berechnung der Tarifprämie bedarf die Lebensversicherungsgesellschaft gewisser Annahmen und Voraussetzungen über die unter den künftig bei ihr Versicherten herrschende Sterblichkeit, über die künftige Verzinsung ihrer Gelder und über die voraussichtlich auf die einzelne Versicherung entfallenden Verwaltungskosten. Diese Voraussetzungen wurden früher (und zwar bis vor nicht allzu langer Zeit) so vorsichtig gewählt, daß mit Bestimmtheit erwartet werden konnte, die Verhältnisse würden sich tatsächlich günstiger gestalten. Die Sterblichkeit wurde so hoch in Rechnung genommen, daß ein erheblicher Sterblichkeitsgewinn mit Sicherheit erhofft werden konnte, die Verzinsung so niedrig, daß mit einem bedeutenden Zinsgewinn gerechnet werden konnte, und der Verwaltungskostenzuschlag wurde so reichlich angesetzt, daß auch aus ihm Überschüsse zu erwarten waren. Das Resultat dieser von der Wirklichkeit ziemlich weit abweichenden Annahmen war eine Dividende, die einen verhältnismäßig hohen Bruchteil der Prämie ausmachte. Die Dividende ergab sich in der Weise, daß der Gesamtgewinn des Geschäftsjahres unter die Versicherten nach einem einfachen Maßstab (meist nach Verhältnis der Versicherungsprämien) verteilt wurde. Bei diesem Verfahren konnte es aber nicht ausbleiben, daß zwar die Gesamtheit der Versicherten den ihr zustehenden Gewinn erhielt, dagegen die Dividende des einzelnen Versicherten nicht identisch war mit dem Gewinn, den seine Versicherung zum Gesamtgewinn beigesteuert hatte. Man braucht hier nur daran zu denken, daß eine Versicherung am Anfang der Versicherungsdauer einen geringeren Zinsgewinn liefert als später (wegen der zu jener Zeit noch kleinen Prämienreserve), dagegen einen verhältnismäßig hohen Sterblichkeitsgewinn (wegen der noch nachwirkenden ärztlichen Auslese). Wird also der Gesamtgewinn in der erwähnten Weise auf die Versicherten verteilt, so wird ein Teil der Versicherten eine vom technischen Standpunkt aus zu hohe, ein anderer eine zu niedrige Dividende erhalten. Dieser Mißstand tritt bereits in die Erscheinung, wenn die Versicherungen des Gewinnverbandes einander *konform* sind (z. B. lauter gewöhnliche Lebensversicherungen), er tritt aber in verstärktem Maße in die Erscheinung, wenn der Gewinnverband *nichtkonforme* Versicherungen enthält (z. B. Lebensversicherungen und Tilgungsversicherungen), bei welchen der individuelle Verlauf der Gewinne erhebliche Differenzen aufweist. Von diesem Standpunkt aus war es durchaus berechtigt, wenn in dem Gutachten der vier Gegenseitigkeitsgesellschaften gesagt wurde, die Tilgungsversicherung lasse sich nicht in das Gewinnsystem der regulären Lebensversicherung einfügen.

Diese Betrachtungsweise, die damals richtig war, ist es aber heute nicht mehr. Denn man hat inzwischen gelernt, auch Gewinnverhält-

nisse bis zu einem gewissen Grade rechnerisch zu erfassen. Man hat neben den bisher bestehenden und von der Wirklichkeit stark abweichenden „Rechnungsgrundlagen 1. Ordnung“ sogenannte „Rechnungsgrundlagen 2. Ordnung“ eingeführt, welche den tatsächlichen Verhältnissen bezüglich Sterblichkeit, Verzinsung und Verwaltungskosten nahezu entsprechen. Es gelingt mit Hilfe dieser Rechnungsgrundlagen 2. Ordnung, Gewinnsysteme aufzustellen, bei welchen jede einzelne Versicherung nahezu denjenigen Betrag als Dividende erhält, den sie selbst als Gewinn produziert hat. Es ist aber klar, daß bei einem solchen Gewinnsystem auch Lebens- und Tilgungsversicherungen nebeneinander in *demselben* Gewinnverband bestehen können.

Aus dem Dargelegten ergibt sich: Auch der zweite Haupteinwand des Gutachtens ist *praktisch* heutzutage tatsächlich hinfällig.

Unter diesen beiden großen wichtigen Einwänden zerstreut liegen noch einige Angriffspunkte, die gleichfalls nicht übergangen werden dürfen. Der Einwand, es „müßte für die Tilgungsversicherten eine besondere Abteilung mit eigener Gewinnverteilung eingerichtet werden“, ist nach Vorstehendem ebenfalls hinfällig. Eigenartig mutet an, daß das Gutachten plötzlich indirekt für *fallende* Prämien eintritt! Die Vorteile der gleichbleibenden Prämie sind, wie man meinen sollte, theoretisch und praktisch[60]) für Geldnehmer, Geldgeber und Versicherungsinstitut (für letzteres insbesondere hinsichtlich der Verwaltungskosten) zur Genüge erwiesen worden! Ferner wendet das Gutachten ein: Rückkaufs- und Umwandlungswert seien bei der Tilgungsversicherung, wenn überhaupt vorhanden, so doch sehr klein. Damit will offenbar gesagt sein: Bei der regulären Lebensversicherung seien diese Werte hoch; auch seien — wird weiter gefolgert — gerade *die* Tilgungsversicherten geneigt, die Versicherung fallen zu lassen, die sich einer guten Gesundheit erfreuen. „... Hieraus muß bei den Tilgungsversicherten eine Verschlechterung der Sterblichkeit resultieren, ohne daß — wie bei der gewöhnlichen Lebensversicherung — die Gesellschaften mangels einer nennenswerten Prämienreserve die Macht haben, sich bei Aufgabe einer Versicherung für die dadurch bedingte Verschlechterung des Gesamtrisikos ein entsprechendes Äquivalent zu verschaffen.“ (S. 91, l. c.) Leider übersieht diese ganze Argumentation: 1. daß auch bei der regulären Lebensversicherung, die als Schuldentilgungsversicherung genommen ist, der Versicherungsnehmer den Rückkaufs- bzw. Umwandlungswert gar nicht erhält, da die Rechte aus der Versicherung dem Gläubiger zustehen (vgl. oben III. Kapitel, B, 2!); 2. daß beim Rückkauf einer regulären Lebensversicherung der effektive Verlust für den Versicherungsnehmer viel größer ist als beim „Rückkauf“ einer Tilgungsversicherung; dies wurde bereits oben im VI. Kapitel (A, 3) bewiesen; 3. daß es für den Gläubiger eine Reihe von Wegen gibt, die Aufgabe der Versicherung zu verhindern (Vereinbarung der sofortigen Fälligkeit des Kapitals im Falle der Nichtzahlung der Versicherungsprämie;

[60]) Ist doch der Mißerfolg der Bayerischen Versicherungsbank nicht zum letzten auf das System der fallenden Prämien zurückzuführen!



dingliche Sicherstellung der Prämienzahlungen als sogenannte „Nebenleistungen" durch Eintragung ins Grundbuch), und endlich: 4. bleibt es ja der Gesellschaft unbenommen, in *den* Fällen, in denen wirklich ein Rückkaufswert vorhanden ist, eine etwas stärkere Kürzung, als bei der Lebensversicherung üblich ist, vorzunehmen zum Ausgleich für die Verschlechterung des Gesamtrisikos. Überhaupt spielt ja doch dieser ganze Einwand nur eine recht untergeordnete Rolle.

„An dem Abschluß von Tilgungsversicherungen haben die Darlehensinstitute neben der Amortisation wenig oder gar kein Interesse": S. 91, l. c. Die *Aufstellung* dieser Behauptung fällt nicht schwer; ihr *Beweis* dürfte kaum erbracht werden können. Die These: „Das Interesse des Darlehensinstituts an einer allmählichen Verminderung des Risikos, wie sie die Amortisation bewirkt, bleibt vollkommen gewahrt durch die normale Lebensversicherung, wenn diese ihm verpfändet wird", wird durch die klare Tatsache widerlegt, daß das Amortisationsguthaben in jedem Zeitpunkt der Tilgung größer ist als der Rückkaufswert einer regulären Lebensversicherung (bei nichtamortisablem Darlehen) im gleichen Zeitpunkt; dies habe ich oben im VI. Kapitel, B, 1 ausführlich bewiesen.

Als einzige Schlußfolgerung bleibt somit von den Feststellungen des Gutachtens nur übrig, was auch wir behauptet haben: Die Tilgungsversicherung ist dann billiger, wenn der Darlehenszinsfuß *über* dem von der Gesellschaft erzielten Zins steht. Auch die Emphase, mit der der Schluß des Gutachtens verkündet wird (S. 92, l. c.):

> „Die normale Lebensversicherung wird stets die billigste und beste Form der Hypothekentilgung bleiben, dieselbe ersetzt dem Schuldner die Amortisation vollständig und in allen Teilen",

vermag an diesem Endergebnis nichts zu ändern und besonders nicht angesichts der Verallgemeinerung, in der die angeführte Behauptung einherstolziert![61]) Nein, die These läßt sich nur so formulieren: Bei nichtamortisablem Darlehen möge ruhig die Lebensversicherung zur Sicherstellung gewählt werden; hier hat sie innere Berechtigung. Die Tilgungsversicherung hat hier mangels einer Amortisation gar keinen vernünftigen Sinn. Anderseits entspricht bei Amortisationsdarlehen einzig und allein die Tilgungsversicherung dem beabsichtigten Zweck. Sie ist namentlich dann *billiger*, wenn es sich nicht um die Sicher-

[61]) Die Durchführbarkeit der letzten Aufstellung, wonach der Schuldner, wenn das Darlehensinstitut auf die Tilgung nicht verzichten sollte, eben gleichzeitig trotzdem noch eine reguläre Lebensversicherung abschließen soll, da „dann sich der Schuldner mit der kleinsten zulässigen Tilgungsrate begnügen könnte", scheitert ganz einfach an der Tatsache, daß es einem Schuldner, der schon Nachhypotheken braucht, ja, der womöglich gezwungen ist, den ganzen persönlichen Kredit, das Gewicht seiner Persönlichkeit, den Wert seiner Willenskraft, seiner Schaffensfreudigkeit, seiner persönlichen Leistungsfähigkeit zur Aufnahme weiterer Darlehen in die Wagschale zu werfen, *keinesfalls* möglich sein wird, für alle seine Schulden die Zinsen, außerdem noch eine wenn auch niedrig bemessene Amortisationsquote und schließlich noch die gegenüber der Tilgungsversicherungsprämie *bedeutend* höhere Lebensversicherungsprämie zu bezahlen.



stellung erster Hypotheken, sondern um Nachhypotheken oder gar rein persönliche Schulden (ohne dingliche Haftung eines Grundstücks) handelt, da alsdann der Darlehenszinsfuß regelmäßig hoch ist und der Schuldner dann um so besser daran ist, je schneller sich diese hochverzinsliche Schuld verringert. Der gleichzeitige Abschluß einer regulären Lebensversicherung *neben* der Amortisation ist unter den in solchen Fällen obwaltenden Verhältnissen regelmäßig auch *dann* zu teuer, wenn nur eine sehr geringe Amortisationsquote vereinbart ist. —

Dr. Ferdinand Meyers Vorschlag.[62]) Es verdient von vornherein bemerkt zu werden, daß der Autor dieses immerhin beachtenswerten Vorschlags selbst zugibt, daß die von ihm empfohlene Neuerung in ihrem Wesen nichts anderes ist als Tilgungsversicherung.[63]) Die Argumentation ist kurz folgende: Der Schuldner schließt eine reine Lebensversicherung (auf Todesfall oder alternativ) ab. Der Gläubiger verzichtet zunächst gegen Verpfändung der Versicherung auf die Amortisation. Gleichzeitig wird zwischen Versicherungsgesellschaft, Darlehensschuldner und Darlehensgläubiger ein Übereinkommen getroffen, wonach etwa vom 5. Versicherungsjahr ab die Gesellschaft alljährlich eine bestimmte Quote aus dem Rückkaufswert in Form des Policedarlehens oder der Policenvorauszahlung an den Darlehensgläubiger bezahlt. Um diese Quote verringert sich die Verpflichtung des Schuldners gegenüber dem Darlehensgeber. Das Policedarlehen (d. i. die von der Versicherungsgesellschaft dem Gläubiger alljährlich gezahlte Quote) hat der Schuldner zu verzinsen. Ist dieser Zinsfuß *höher* als der von dem Schuldner für das Hauptdarlehen zu entrichtende Zins, so hat der Schuldner eben die geringe Differenz zu tragen;[64]) ist der Zinsfuß für das Policedarlehen aber niedriger als der für die Hauptschuld zu zahlende Zins — und dies ist bei der heutigen Wirtschaftslage wohl allgemein der Fall, wenngleich nicht vergessen werden darf, daß der an die Gesellschaft zu entrichtende Zins, insbesondere mit Rücksicht auf die erhöhten Verwaltungskosten *höher* festgesetzt werden muß als der *durchschnittlich* von dem Versicherungsunternehmen erzielte Zins —, so ist es dem Versicherungsnehmer nur von Vorteil, wenn sich die *hoch*verzinsliche Hauptschuld

[62]) *Meyer* in Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1908, Bd. VIII. S. 226 ff.: „Über die Lebensversicherung als Mittel zur Schuldentilgung"; der oben angedeutete Vorschlag ist auf S. 239 ff. näher ausgeführt.

[63]) l. c. S. 243.

[64]) Vgl. Tabelle II in Zeitschr. f. Vers.-Wissensch., Bd. VIII S. 242. Das dort aufgestellte Beispiel widerspricht übrigens den heutigen Verhältnissen völlig. Es gibt insofern ein schiefes Bild, als es von der Annahme ausgeht, daß der Zinsfuß für das Hypothekendarlehen nur 3½ % beträgt und demzufolge kleiner ist, als der von der Gesellschaft verlangte Policendarlehenszins; unter diesen Verhältnissen würde freilich die Tilgungsversicherung für den Versicherungsnehmer nicht nur keine Vorteile bieten, sondern es wäre, wie aus meinen Ausführungen im III. Kapitel hervorgeht, in diesem Falle die reine Lebensversicherung und ein kündbares, nichtamortisables Darlehen für den Schuldner viel günstiger. Eine den tatsächlichen Verhältnissen entsprechende gegenseitige Abwägung der Sätze, wie sie z. B. in der folgenden Anmerkung gegeben wird, ist aber zur richtigen Beurteilung der Frage unerläßlich.

verringert und an ihre Stelle eine *nieder* verzinsliche Schuld der Gesellschaft gegenüber (nämlich aus dem Policendarlehen) tritt.[65])

Der Vorschlag hat viel für sich; allein ich glaube doch, daß die Zukunft ihm *nicht* gehört. Jedenfalls wird er sich die Herzen der Versicherer wie der Geldgeber schwerlich schneller und dauernder erobern als unsere Tilgungsversicherung. Denn einmal ist der in Rede stehende Vorschlag nicht weniger kompliziert als die Tilgungsversicherung; insbesondere fällt ins Gewicht die Schwierigkeit der einwandfreien Feststellung der Zinssätze[66]) und ihrer gegenseitigen Abwägung und Ausgleichung; die Umständlichkeit der Berechnung ist bei *Meyers* Vorschlag[67]) nicht vermieden, sondern gesteigert gegenüber der Tilgungsversicherung. Wenn bei letzterer einmal die Prämien berechnet, die Tarife aufgestellt sind, so bietet sie überhaupt nichts „Kompliziertes" mehr; die Kompliziertheit besteht dann höchstens noch in den Köpfen des Laienpublikums hinsichtlich des *Erfassens* des zugrunde liegenden *Gedankens;* aber schließlich muß ein Laie gerade in Versicherungssachen doch recht viel genießen, was er vorher nicht gekaut hat. Versteht denn etwa ein Laie die Art und Weise der Prämienberechnung bei der *reinen* Lebensversicherung? Er *glaubt* es eben einfach! Und dieser Glaube wird noch gestärkt durch das Bewußtsein, daß die Gesellschaften einer Reichsbehörde zur Prüfung und Kontrolle unterstellt sind!

Ferner bin ich der Ansicht, daß wohl wenige Versicherungsgesellschaften sich a priori mit einer solchen Art und Weise der Beleihung (alljährlich bestimmte Quoten!) befreunden werden; die Verwaltungskosten, die durch eine derartige Neueinführung verursacht würden, wären für die *Versicherungsgesellschaft* wie für das Geldinstitut doch wohl nicht so unerheblich, wie der Autor sich vorstellt. Anderseits treten bei der Tilgungsversicherung, wie oben ausgeführt, weder für das Geldinstitut noch für das Versicherungsunternehmen weitere Verwaltungskosten auf. Schließlich spielt eine Rolle, daß die *Einsparungen,* die der Schuldner bzw. seine Erben machen können, bei *Meyers* Vorschlag geringer sind um deswillen, weil sich nicht immer zwischen Hauptdarlehenszins und Policendarlehenszins eine Differenz bildet; denn der Policendarlehenszins ist ja höher als der von der Gesellschaft im Durchschnitt erzielte Zins (welch letzterer für die Gewinne bei der Tilgungsversicherung in Betracht kommt). Jedenfalls aber ist diese Differenz kleiner als bei der Tilgungsversicherung; je kleiner aber diese Differenz in den Zinssätzen ist, desto geringer

---

[65]) Unter Würdigung der gegenwärtigen Lage würden sich die Zinssätze in praxi etwa folgendermaßen gestalten (dabei wollen wir durchaus sichere erststellige Hypotheken, die praktisch für die Tilgungsversicherung so gut wie völlig ausscheiden, beiseite lassen): Die Hauptschuld ist regelmäßig mit etwa 5 bis 6, ja 7 % verzinslich, für das Policendarlehen werden 4½ bis 5 % verlangt, der tatsächlich von den Gesellschaften erreichte Zins aus ihren Kapitalanlagen beträgt 4, höchstens 4¼ %.

[66]) So eines den Verhältnissen angepaßten, und doch nicht zu teuren, dabei aber künftige Veränderungen der Wirtschaftslage berücksichtigenden Zinssatzes für das auf die Police gewährte Darlehen.

[67]) Vgl. hierzu die Ausführungen auf S. 242 und 243 l. c.

sind die „Auszahlungsgewinne" des Schuldners, von denen oben im VI. Kapitel unter A, 1, d und e die Rede war.

Gleichwohl erheischt der Vorschlag *Meyers* insofern Beachtung, als er einen Versuch darstellt, die reine Lebensversicherung mit einem Amortisationsdarlehen zu kombinieren (so daß also dem Kreditinstitut und dem Schuldner die Vorteile der Amortisation erhalten bleiben, daß anderseits eine neue Versicherungsform nicht eingeführt zu werden braucht) und dabei dem Interesse des Schuldners an niedrigen Leistungen gerecht zu werden.

Auch *andere Vorschläge* sind hervorgetreten. So empfiehlt *Eggenberger*[68]) die Gründung eines Versicherungsverbandes im Anschluß an eine Lebensversicherungsgesellschaft. In wieder anderer Form hat der Generallandschaftsdirektor *Kapp* die Entschuldung der Landwirtschaft auf sein Programm gesetzt und sucht dies Ziel durch Gründung landschaftlicher Lebensversicherungsgesellschaften zu erreichen, um insbesondere zu verhindern, daß „mit den Prämien der Landbevölkerung städtische Objekte beliehen" werden, um die „Kapitalabwanderung vom Lande in die Stadt" zu verhüten, wie das beliebte Schlagwort lautet. Es ist hier nicht der Ort, auf diese Dinge einzugehen, es genüge vielmehr, darauf hinzuweisen, daß eine neugegründete, junge Lebensversicherungsgesellschaft nie das leisten kann wie ein altes Unternehmen; ferner, daß die Lebensversicherungsgesellschaften, die vorwiegend städtische Grundstücke beleihen, nicht für eine „Kapitalabwanderung vom Lande" verantwortlich gemacht werden können, da einmal auch die Prämienleistungen der ländlichen Bevölkerung an die Versicherungsgesellschaften weit zurückbleiben hinter den Prämienleistungen der städtischen Bevölkerung. Überdies fließen doch die der ländlichen Bevölkerung entzogenen Prämien dem Lande in Gestalt der Versicherungsleistungen wieder zu, ganz abgesehen von den Gehältern und Provisionen, die an den Wohnsitzen der Vermittler bleiben; ferner ist noch nicht bewiesen, ob die öffentlichrechtlichen Anstalten ihre Zusage, ausschließlich oder wenigstens vorwiegend ländliche Güter zu beleihen, halten werden; und tun sie dies wirklich, so werden sie zweifellos hierin einen geringeren Gewinn und damit geringere Dividendensätze erzielen als die privaten Gesellschaften mit der Beleihung städtischer Objekte; denn bei städtischen Grundstücken ist die Kontrolle viel leichter und darum billiger; ein städtisches Grundstück ist aber auch in seinem Wert nicht so von der persönlichen Tüchtigkeit des Eigentümers und von der Art der Bewirtschaftung abhängig wie ein ländliches. —

Ein weiterer Vorschlag gründet sich auf die Überlegung: Dieselben wirtschaftlichen Folgen, die der Tod des Schuldners mit sich bringt, kann unter Umständen auch der Eintritt der völligen Erwerbsunfähigkeit zeitigen. Es erscheint daher angebracht, auch hiergegen Versicherungsschutz zu gewähren. *Grunenberg* hat in Zeitschr. f. Vers.-Wissensch., Bd. VI. S. 606 ff., ausführlicher darüber gehandelt. In der Praxis hat der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein seinen

[68]) Siehe Landwirtschaftliches Jahrbuch der Schweiz. 1900.



Tilgungsversicherungstarif dahin erweitert: Die Verpflichtung der Gesellschaft zur Zahlung der noch nicht gedeckten Annuitäten tritt ein beim Tode des Versicherungsnehmers, außerdem bei völliger Invalidität und bei Erreichung des Alters 65, wenn die Tilgungsdauer diesen Zeitpunkt überschreitet. —

Es sind komplizierte Fragen, die hier beregt wurden; Fragen, die in gleicher Weise die theoretischen und praktischen Volkswirte, die Bauwelt, die Kredit- und die Versicherungsinstitute wie die Träger der Sozialversicherung interessieren. Wir geben uns der Hoffnung hin, daß in allen diesen Dingen das letzte Wort noch nicht gesprochen, daß wir noch vor einer hohen Entwicklung des Gedankens der Tilgungsversicherung stehen.[69]) —

Die Geltung des Versicherungsaufsichts- und des Versicherungsvertrags-Gesetzes in den deutschen Schutzgebieten.

Von Regierungsrat Dr. jur. Wegerdt (Berlin-Wilmersdorf).

I.

Bei der stetigen Entwicklung der deutschen Schutzgebiete, insbesondere der Zunahme ihrer weißen Bevölkerung, ist es nicht zu verwundern, daß die deutschen Versicherungsunternehmungen in den letzten Jahren dazu übergegangen sind, den Versicherungsbetrieb auch in den deutschen Schutzgebieten, besonders in Südwestafrika, in Ostafrika und im Kiautschougebiet, aufzunehmen.[1]) Auch ausländische Versicherungsgesellschaften, namentlich englische und amerikanische, haben ihren Wirkungskreis auf die deutschen Schutzgebiete erstreckt, und zwar, wie es scheint, in weit erheblicherem Umfang als die deutschen Versicherungsgesellschaften selbst. [2]) Und es wird nicht ausbleiben, daß in den einzelnen Schutzgebieten selbst Bestrebungen sich geltend machen werden, die darauf hinzielen, Vereinigungen in den Schutzgebieten zu gründen, deren Zweck auf den Betrieb von Versicherungsgeschäften gerichtet ist. Bei dieser Sachlage konnte es nicht ausbleiben, daß wiederholt die Frage aufgeworfen worden ist,

---

[69]) Ich kann nicht umhin, auch an dieser Stelle dem Herrn Prokuristen Dr. *Friedrich Blum,* Mathematiker beim Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein a. G. zu Stuttgart, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen für die freundliche Unterstützung, mit der er mich bei der Bearbeitung des vorstehenden Aufsatzes durch Besprechung und Erläuterung rein technischer Fragen gefördert hat. Der Verfasser.

[1]) Vgl. z. B. *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung 1910* S. 173, 175; *1911* S. 3; *1912* S. 187, 189; *1913* S. 5, 6.

[2]) Band XII dieser Zeitschrift, Jahrgang 1912, S. 1338.



ob das Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (VAG.) und das Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG.) auch in den deutschen Schutzgebieten gelten.[3]) Eine eingehende Erörterung aber ist dieser Frage bisher nicht zuteil geworden.

Der langdauernde Streit in der kolonialrechtlichen Literatur, ob die deutschen Schutzgebiete völkerrechtlich und staatsrechtlich als Inland oder Ausland anzusehen seien, kann als dahin entschieden gelten, daß sie als Inland angesehen werden, wennschon sie in beiden Beziehungen mit dem Deutschen Reiche nicht völlig eine Einheit bilden und auch nicht Bestandteile des Bundesgebiets bzw. Reichsgebiets im Sinne des Art. 1 der Reichsverfassung sind.[4]) Aus ihrer staatsrechtlichen Stellung als Inland folgt aber nicht ohne weiteres, daß die Reichsgesetze auf sie Anwendung finden müßten. Die Befugnis des Reichs, Gesetze für die Schutzgebiete zu erlassen, beruht auf Art. 4 Nr. 1 der Reichsverfassung, wonach der Gesetzgebung des Reichs die Bestimmungen über die Kolonisation unterliegen. Auf Grund dieser Bestimmung kann das Reich für die Schutzgebiete entweder Sondergesetze erlassen oder geltende Gesetze den Verhältnissen der Schutzgebiete entsprechend abändern. Demgemäß ist zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Schutzgebiete das Schutzgebietsgesetz vom 25. Juli 1900, das vom Reichskanzler unter dem 10. September 1900 bekannt gemacht worden ist, ergangen, in dem insbesondere auch die Frage geregelt ist, welches Recht in den Schutzgebieten gilt.

Nach § 3 des Schutzgebietsgesetzes gelten in den Schutzgebieten, d. h. also in Deutsch-Ostafrika, Deutsch-Südwestafrika, Kamerun, Togo, Deutsch-Neuguinea mit dem Inselgebiet der Karolinen, Palau, Marianen und Marshall-Inseln, in Samoa und Kiautschou, die in § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Vorschriften der Reichsgesetze und preußischen Gesetze. Die Vorschriften der §§ 20 bis 22, ... 26 . . . . des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes finden entsprechende Anwendung.[5]) Dieser grundlegende § 19 des Gesetzes

---

[3]) Vgl. *Veröffentlichungen des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung 1903* S. 31, wo die Geltung des VAG. in den deutschen Schutzgebieten im Hinblick auf § 3 des Schutzgebietsgesetzes und auf § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes verneint wird; *Annalen des gesamten Versicherungswesens 1911* S. 977 ff., wo aus einem dort abgedruckten Urteile des Reichsgerichts vom 28. April 1911 die Geltung des VAG. und des VVG. in den deutschen Schutzgebieten gefolgert wird. In diesem Urteil ist die Frage, ob ein Offizier des Beurlaubtenstandes, der ohne Erlaubnis nach Deutsch-Südwestafrika ausgewandert ist, wegen Verletzung der Wehrpflicht nach § 140 des Reichsstrafgesetzbuchs zu bestrafen sei, verneint worden, weil die Schutzgebiete Inland im Sinne des § 8 des Reichsstrafgesetzbuchs seien.

[4]) Diese in der kolonialrechtlichen Literatur herrschende Meinung wird auch in dem in Anm. 3 erwähnten Urteile des Reichsgerichts vom 28. April 1911 vertreten.

[5]) Durch die Kaiserliche Verordnung, betreffend die Vereinigung der in Äquatorial-Afrika erworbenen Gebiete mit dem Schutzgebiete Kamerun, vom 3. Oktober 1912 (Reichsgesetzblatt S. 512) ist die Geltung der §§ 2 bis 7 des Schutzgebietsgesetzes auch für die neuerworbenen Gebiete in Äquatorial-Afrika ausgesprochen worden.

über die Konsulargerichtsbarkeit vom 7. April 1900 hat folgenden Wortlaut:

„In den (Konsulargerichtsbezirken) Schutzgebieten gelten (für die der Konsulargerichtsbarkeit unterworfenen Personen), soweit nicht in diesem Gesetz ein anderes vorgesehen ist:

1. die dem bürgerlichen Recht angehörenden Vorschriften der Reichsgesetze und der daneben innerhalb Preußens im bisherigen Geltungsbereich des preußischen Allgemeinen Landrechts in Kraft stehenden allgemeinen Gesetze, sowie die Vorschriften der bezeichneten Gesetze über das Verfahren und die Kosten in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, in Konkurssachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit;

2. die dem Strafrecht angehörenden Vorschriften der Reichsgesetze sowie die Vorschriften dieser Gesetze über das Verfahren und die Kosten in Strafsachen."

Der § 20 des Gesetzes über die Konsulargerichtsbarkeit, der im engsten Zusammenhange mit dem soeben angeführten § 19 desselben Gesetzes steht, lautet:

„Die im § 19 erwähnten Vorschriften finden keine Anwendung, soweit sie Einrichtungen und Verhältnisse voraussetzen, an denen es für (den Konsulargerichtsbezirk) das Schutzgebiet fehlt.

Durch Kaiserliche Verordnung können die hiernach außer Anwendung bleibenden Vorschriften, soweit sie zu den im § 19 Nr. 1 erwähnten gehören, näher bezeichnet, auch andere Vorschriften an deren Stelle getroffen werden."

Die Frage, ob das VAG. und das VVG. in den Schutzgebieten gelten, wird also durch den vorstehenden § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes beantwortet. Der § 19 dieses Gesetzes besagt nun aber nicht, daß die Gesetze der in diesem Paragraphen bezeichneten Art in den Schutzgebieten Anwendung finden, sondern nur, daß die in diesen Gesetzen enthaltenen *Vorschriften* gelten sollen, welche dem bürgerlichen Recht usw. angehören. Mit anderen Worten, die fraglichen Gesetze sind nicht als Ganzes in den Schutzgebieten eingeführt worden, sondern nur insoweit, als sie bürgerlich-rechtliche, strafrechtliche usw. Bestimmungen enthalten. Die staats- oder verwaltungsrechtlichen Bestimmungen solcher Gesetze finden dagegen in den Schutzgebieten keine Anwendung. Anderseits haben dem bürgerlichen Rechte, dem Strafrecht usw. angehörende Vorschriften, die sich in staats- und verwaltungsrechtlichen Gesetzen finden, in den Schutzgebieten Geltung, auch wenn die Gesetze selbst dort sonst keine Anwendung finden. Im Zweifelsfall ist daher bei den einzelnen Gesetzen der in § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Art nicht zu prüfen, ob ihre bürgerlich-rechtlichen, strafrechtlichen usw. Vorschriften vor den staats- und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen vorherrschen, um die Anwendbarkeit dieser Gesetze in den Schutzgebieten festzustellen, sondern es ist zu untersuchen, ob eine *Vorschrift* dieser Gesetze vorwiegend dem bürgerlichen Recht usw. oder dem Verwaltungs- oder Staatsrecht angehört. Ist festgestellt, daß

eine Bestimmung vorwiegend dem bürgerlichen Recht usw. angehört, dann ist ihre Anwendbarkeit gegeben. Steht dagegen fest, daß eine Bestimmung dem Staats- oder Verwaltungsrecht angehört, dann ist ihre Geltung in den Schutzgebieten ausgeschlossen.[6]) Immer aber bleibt zu beachten, daß die im § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes aufgeführten Vorschriften keine Anwendung finden, soweit sie Einrichtungen und Verhältnisse voraussetzen, an denen es für das Schutzgebiet fehlt.[7])

II.

1. Was nun das VAG. anlangt, so beschränkt sich dieses Gesetz bekanntlich auf die Regelung der öffentlich-rechtlichen Seite des Versicherungswesens und beschäftigt sich dementsprechend vor allem mit gewerbe- und wirtschaftspolizeilichen Fragen.[8]) Wie oben ausgeführt wurde, kommt es jedoch für die Geltung in den Schutzgebieten nicht darauf an, ob das VAG. als Ganzes genommen als ein verwaltungsrechtliches Gesetz anzusehen ist, sondern darauf, ob es *Vorschriften* der im § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Art enthält und ob diese einzelnen Vorschriften in den Schutzgebieten Anwendung zu finden haben oder nicht. Es unterliegt nun keinem Zweifel, daß im VAG. zahlreiche privatrechtliche Bestimmungen enthalten sind. Der ganze dritte Abschnitt des VAG., der vom Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit handelt, ist in der Hauptsache privatrechtlicher Natur. Abgesehen von seinen privatrechtlichen Vorschriften enthält dieser Abschnitt in den §§ 49 bis 52 auch konkursrechtliche Bestimmungen, für die nach § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes dasselbe gilt wie für die privatrechtlichen Vorschriften. Findet nun nach dem oben Gesagten der dritte Abschnitt des VAG. in den Schutzgebieten Anwendung? Diese Frage wird zu verneinen sein. Berücksichtigt man nämlich, daß ein Verein, welcher die Versicherung seiner Mitglieder nach dem Grundsatze der Gegenseitigkeit betreiben will, die Rechtsfähigkeit nur durch die von der Aufsichtsbehörde erteilte Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb als „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" erlangt (§ 15 VAG.), daß die Aufsichtsbehörde unter gewissen Voraussetzungen gestatten kann, von der Bildung eines Gründungsfonds abzusehen (§ 23 VAG.), daß die Aufsichtsbehörde von jeder Erteilung der Erlaubnis zum Geschäftsbetriebe dem Registerrichter Mitteilung zu machen hat (§ 30 VAG.), daß die Aufsichtsbehörde bei der Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb unter gewissen Voraussetzungen die Verteilung der Kosten der Errichtung und Einrichtung auf mehrere Geschäftsjahre gestatten kann (§ 36 VAG.), daß die Aufsichtsbehörde aus den Gründen, aus denen von der Bildung eines Grün-

[6]) Die hier dargelegten Grundsätze entsprechen der herrschenden Lehre in der kolonialrechtlichen Literatur; vgl. *Gerstmeyer*, Schutzgebietsgesetz 1910 S. 73; *v. Hoffmann*, Einführung in das Deutsche Kolonialrecht. 1911 S. 179; *Höpfner*, Die Schutzgebietsgesetzgebung, 1907 S. 26; *Köbner*, Deutsches Kolonialrecht, in v. Holtzendorf-Kohler, Enzyklopädie der Rechtswissenschaft, 1904 Bd. 2 S. 1117.

[7]) § 20 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes.

[8]) Begründung zum Entwurfe des VAG. S. 32.

dungsfonds Abstand genommen werden darf, auch gestatten kann, von der Bildung eines Reservefonds abzusehen (§ 37 VAG.), daß der Aufsichtsrat ermächtigt werden kann, Beschlüsse des Obersten Organs über Änderungen der Satzung auf Verlangen der Aufsichtsbehörde abzuändern (§ 39 VAG.), daß der Aufsichtsrat ermächtigt werden kann, dringliche Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vorläufig vorzunehmen (§ 41 VAG.), daß der Beschluß der Auflösung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf, und daß von der Genehmigung die Aufsichtsbehörde dem Registergerichte Mitteilung zu machen hat (§ 43 VAG.), daß darüber, ob ein Verein als kleinerer Verein anzusehen ist, die Aufsichtsbehörde zu entscheiden hat (§ 53 VAG.), so wird man sich dem nicht verschließen können, daß die privatrechtlichen Vorschriften des dritten Abschnittes des VAG. in engstem, ja in unlösbarem Zusammenhange mit den verwaltungsrechtlichen Bestimmungen des VAG. stehen. Berücksichtigt man fernerhin, daß die Zulassung eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit nur durch die Aufsichtsbehörde des VAG. erfolgen kann (§§ 4, 96 VAG.), daß jede Geschäftsplanänderung der Aufsichtsbehörde anzuzeigen ist und ihrer Genehmigung bedarf, bevor sie in Kraft gesetzt wird (§ 13 VAG.), daß Bestandsübertragungen der Genehmigung der für die beteiligten Unternehmungen zuständigen Aufsichtsbehörden bedürfen (§ 14 VAG.), vor allem aber, daß jede Versicherungsunternehmung der Beaufsichtigung nach Maßgabe des VAG. unterliegt, so leuchtet es ohne weiteres ein, daß die im VAG. über die Regelung des Gesellschaftsrechts für die Versicherung auf Gegenseitigkeit vorgesehenen Bestimmungen in so enge Verbindung mit den die öffentliche Aufsicht betreffenden Vorschriften gebracht sind, daß sie die Aufsichtsvorschriften zur notwendigen Voraussetzung haben, und daß die das Gesellschaftsrecht der Gegenseitigkeitsanstalten regelnden Bestimmungen des VAG. nur in den Grenzen Gültigkeit erlangen können, in denen die Aufsichtsführung geregelt ist.[9]) Der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, auf den die Bestimmungen des VAG. zur Anwendung kommen sollen, kann nur dort zur Entstehung gelangen, wo auch die verwaltungsrechtlichen Vorschriften des VAG. gelten. Da aber nach § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes die verwaltungsrechtlichen Vorschriften der Reichsgesetze in den Schutzgebieten keine Anwendung finden, so können auch die privatrechtlichen Bestimmungen des dritten Abschnittes des VAG. dort keine Geltung haben. Aus denselben Gründen entfällt auch die Anwendbarkeit der §§ 49 bis 52 VAG., welche den Konkurs des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit behandeln.

2. Auch die konkursrechtlichen Vorschriften der §§ 61, 62, 68 VAG. können in den Schutzgebieten keine Anwendung finden. Denn diese Bestimmungen haben zur Voraussetzung, daß die Vorschriften der §§ 57 ff. VAG. über den Prämienreservefonds in Geltung sind. Letztere aber sind verwaltungsrechtlicher Natur, deren Anwendbarkeit in den Schutzgebieten ausgeschlossen ist. Eine Ausnahme wird man

---

[9]) Begründung zum Entwurfe des VAG. S. 48.

nicht einmal hinsichtlich des § 61 Abs. 2 machen dürfen, wonach durch die Eröffnung des Konkurses die Lebensversicherungsverhältnisse erlöschen, weil im zweiten Halbsatze dieses Absatzes 2 des § 61 VAG. den Versicherten, unbeschadet ihrer weitergehenden Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis, ein Anspruch auf denjenigen Betrag eingeräumt wird, der als rechnungsmäßige Prämienreserve zur Zeit der Konkurseröffnung auf sie entfällt. Der Vorschrift, daß die Lebensversicherungsverhältnisse durch die Eröffnung des Konkurses erlöschen, würde man, für sich allein betrachtet, gemäß § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes die Geltung in den Schutzgebieten nicht versagen können. Sie ist aber mit den Ansprüchen auf den Prämienreservefonds, dessen Bestimmungen, wie gesagt, in den Schutzgebieten unanwendbar sind, in so enge Beziehungen gebracht, daß man ihre Anwendbarkeit in den Schutzgebieten verneinen muß.

3. Im sechsten Abschnitte des VAG., welcher von den ausländischen Versicherungsunternehmungen handelt, besagt der § 89, daß für Klagen, die aus dem inländischen Versicherungsgeschäft gegen die Unternehmung erhoben werden, das Gericht zuständig ist, wo die Niederlassung (§ 86 Abs. 2 Nr. 3) sich befindet, und daß dieser Gerichtsstand nicht vertragsmäßig ausgeschlossen werden darf. Diese Vorschrift enthält eine reichsgesetzliche Bestimmung über das Verfahren in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, die gemäß § 19 Nr. 1 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes an und für sich in den Schutzgebieten anwendbar wäre. Der § 89 VAG. will für die zugelassene ausländische Versicherungsunternehmung, und zwar nur für deren zulassungsbedürftiges Inlandsgeschäft, einen vertragsmäßig unausschließbaren Gerichtsstand im Interesse der Versicherten festsetzen. Daß es sich bei dieser Vorschrift nur um inländische Versicherungsgeschäfte handelt, ergibt sich aus dem Wortlaute der Bestimmung. Nun ist zwar oben gesagt worden, daß die Schutzgebiete staatsrechtlich als Inland angesehen würden (I Abs. 2). Es ist weiterhin gesagt worden, daß gemäß § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes zahlreiche Vorschriften der Reichsgesetze unter dem Vorbehalte des § 20 desselben Gesetzes in den Schutzgebieten Anwendung finden (I Abs. 3 u. 4). Damit ist jedoch noch nicht gesagt, daß die Schutzgebiete auch immer als Inland im Sinne der in ihnen anwendbaren Vorschriften der Reichsgesetze anzusehen sind. Je nach der Bedeutung dieser Vorschriften müssen sie vielmehr teils als Inland, teils als Ausland gelten. Im § 26 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes, der nach § 3 des Schutzgebietsgesetzes entsprechende Anwendung in den Schutzgebieten findet, ist deshalb vorgesehen, daß durch Kaiserliche Verordnung bestimmt werden kann, inwieweit die Schutzgebiete im Sinne der in den §§ 19, 22 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Gesetze als deutsches Gebiet oder Inland oder als Ausland anzusehen sind. Eine derartige Kaiserliche Verordnung ist bisher nicht ergangen. Solange dies nicht geschehen ist, bedarf es bei den in Frage kommenden Vorschriften in jedem einzelnen Falle einer Prüfung, ob die betreffende Bestimmung nach Inhalt und Zweck sowie nach dem zwischen Inland oder Ausland zugrunde liegenden gesetzgeberischen Ge-

danken in den Schutzgebieten Anwendung zu finden hat oder nicht.[10])

Im VAG. werden den inländischen Versicherungsunternehmungen die ausländischen gegenübergestellt. Für die Inländer- oder Ausländer-Eigenschaft ist hierbei maßgebend, ob sie im Deutschen Reich ihren Sitz haben oder nicht. Als Deutsches Reich kommt hierbei nur das Reichsgebiet im Sinne des Art. 1 der Reichsverfassung in Frage, so daß die Schutzgebiete in diesem Fall als Ausland anzusehen sind. Dies ergibt sich aus der Regelung der Zuständigkeitsfrage in § 2 VAG.[11]) sowie aus der Regelung des Umfanges der Zulassung in § 5 VAG.[12]) Beide Vorschriften finden als verwaltungsrechtliche Bestimmungen in den Schutzgebieten keine Anwendung. Diese Auffassung führt allerdings zu der Schlußfolgerung, daß eine Versicherungsunternehmung, die in den deutschen Schutzgebieten ihren Sitz hätte, als ausländische Versicherungsunternehmung anzusehen wäre, falls sie innerhalb des Reichsgebiets im Sinne des Art. 1 der Reichsverfassung Geschäfte betreiben wollte, und daß sie demgemäß allen Vorschriften der §§ 85 ff. VAG. unterworfen wäre. Diese Schlußfolgerung ist nicht besonders verwunderlich, da die Schutzgebiete im Sinne der Zollgesetze, Steuergesetze und anderer Gesetze ebenfalls als Ausland gelten, soweit sie nicht in den Gesetzen selbst ausdrücklich als Inland bezeichnet werden.[13])

Fragt man sich nun hiernach, ob der § 89 VAG. in den Schutzgebieten gilt, so wird man dies verneinen müssen. Man wird diese Frage um so mehr verneinen müssen, als der § 89 VAG. als zuständiges Gericht dasjenige der Niederlassung der ausländischen Versicherungsunternehmung festsetzt und bei dem Worte „Niederlassung“ auf den § 86 Abs. 2 Nr. 3 Bezug nimmt. Das Gesetz drückt damit deutlich aus, daß nur an demjenigen Ort ein vertraglich unausschließbarer Gerichtsstand bestehen soll, wo die ausländische Versicherungsunternehmung innerhalb des Reichsgebiets eine Niederlassung unterhält.

---

[10]) Vgl. *Gerstmeyer* a. a. O. S. 24, 37, 78; *Höpfner* a. a. O. S. 36; *v. Hoffmann* a. a. O. S. 18; *Köbner* a. a. O. S. 1093; *Sabersky*, Der koloniale Inlands- und Auslandsbegriff, 1907, S. 19; Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen vom 28. April 1911 (oben Anm. 1); Verfügung des Preußischen Justizministers, betreffend die Behandlung der Reichsangehörigen in den Schutzgebieten und der Eingeborenen der Schutzgebiete im Deutschen Reich als Inländer in Ansehung der Sicherheitsleistung für die Prozeßkosten, des Ausländervorschusses und der Zulassung zum Armenrechte vom 6. März 1902 (J.M.Bl. 61), abgedruckt bei *Gerstmeyer* a. a. O. S. 118 ff.

[11]) § 2 VAG. lautet: Die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmungen wird, sofern ihr Geschäftsbetrieb durch die Satzung oder die sonstigen Geschäftsunterlagen auf das Gebiet eines Bundesstaats beschränkt ist, durch Landesbehörden, andernfalls durch die hierzu bestellte Reichsbehörde ausgeübt.

[12]) § 5 VAG. lautet: Die Erteilung der Erlaubnis erfolgt unabhängig von dem Nachweis eines Bedürfnisses und, sofern nicht der Wirkungskreis des Unternehmens nach dem Geschäftsplan auf eine bestimmte Zeit oder auf ein kleineres Gebiet beschränkt ist, ohne Zeitbeschränkung bzw. für den Umfang des Reichs.

[13]) Vgl. z. B. § 9 des Schutzgebietsgesetzes, § 1315 der Reichsversicherungsordnung, § 78 des Angestelltenversicherungsgesetzes.

4. Nach § 19 Nr. 2 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes gelten in den Schutzgebieten auch die dem Strafrecht angehörenden Vorschriften der Reichsgesetze. Es ist nun ohne weiteres klar, daß, wenn gewisse Vorschriften in den Schutzgebieten keine Anwendung finden, auch Strafbestimmungen, welche für den Fall des Verstoßes gegen solche Vorschriften bestehen, keine Gültigkeit haben können. Infolgedessen kann von der Geltung der Strafbestimmungen des § 105 VAG. (Erschleichung der Zulassung oder einer Genehmigung durch falsche Angaben), des § 106 VAG. (gesetz- oder satzungswidrige Gewinnverteilung, Behandlung der Prämienreserve und Vermögensanlegung), des § 107 VAG. (falsche Erklärung des Sachverständigen über die Berechnung der Prämienreserve) in den Schutzgebieten keine Rede sein. Auch hinsichtlich des § 108 VAG. ist es unzweifelhaft, daß er in den Schutzgebieten keine Anwendung finden kann. Durch diese Vorschrift wird der konzessionslose Betrieb von Versicherungsgeschäften im Inland unter Strafe gestellt, d. h. derjenige Betrieb, der sich der Zulassung und Beaufsichtigung nach Maßgabe des VAG. entzieht. Wegen des Begriffes Inland kann hierzu auf die Ausführungen unter II Nr. 3 verwiesen werden. Der § 109 VAG. (Nichtanzeigung der Zahlungsunfähigkeit oder der Überschuldung) kann in den Schutzgebieten nicht gelten, weil der § 68 VAG. dort unanwendbar ist (II Nr. 2). Die §§ 110, 111, 112, 113 VAG., die von der Untreue, der unwahren oder verschleierten Darstellung des Standes des Vereins, dem betrügerischen Bankrott sowie der Begünstigung einzelner Gläubiger durch Organe oder Liquidatoren von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit sowie von der Anwendbarkeit der Strafbestimmungen des VAG. auch auf die Organe oder Liquidatoren solcher Vereine handeln, die nach § 101 VAG. als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit gelten, können in den Schutzgebieten keine Anwendung finden, weil die Vorschriften über den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit dort nicht gelten (II Nr. 1).

5. Der § 14 Abs. 2 der Gewerbeordnung schreibt vor, daß derjenige, welcher Versicherungen für eine Mobiliar- oder Immobiliar-Feuerversicherungsanstalt als Agent oder Unteragent vermitteln will, bei Übernahme der Agentur, und derjenige, welcher dieses Geschäft wieder aufgibt, oder welchem die Versicherungsanstalt den Auftrag wieder entzieht, innerhalb der nächsten acht Tage der zuständigen Behörde seines Wohnorts davon Anzeige zu machen hat. Die bisherigen Ausführungen ergeben, daß diese Bestimmung der Gewerbeordnung in den Schutzgebieten keine Anwendung finden kann, da sie, wie die meisten sonstigen Vorschriften der Gewerbeordnung, verwaltungsrechtlicher Natur ist.

6. Durch das Reichsgesetz vom 20. Dezember 1911, betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes, sind bekanntlich die bisherigen sogenannten eingeschriebenen Hilfskassen kraft Gesetzes Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit geworden, die seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes, also seit dem 1. Juni 1912, der Beaufsichtigung nach Maßgabe des VAG. unterliegen. Dieses Gesetz vom 20. Dezember 1911 regelt jedoch nicht nur die Verhältnisse der bisherigen eingeschriebe-

nen Hilfskassen, sondern trifft gleichzeitig auch Bestimmungen, die für alle Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit gelten, die zum Betriebe der Versicherung ihrer Mitglieder gegen Krankheit befugt sind. Diese das Gesellschaftsrecht der Krankenversicherungsvereine betreffenden Vorschriften würden nach dem oben Gesagten an und für sich auch für die Schutzgebiete Geltung haben. Man wird sie aber gemäß den Ausführungen unter II Nr. 1 für unanwendbar halten müssen, da sämtliche Bestimmungen des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit, der einer Beaufsichtigung nach Maßgabe des VAG. unterliegt, für unanwendbar in den Schutzgebieten bezeichnet worden sind. Wegen der Geltung des § 10 dieses Gesetzes vom 20. Dezember 1911 vgl. unten III Nr. 2.

III.

1. Bereits aus vorstehendem ergibt sich, daß das VVG. grundsätzlich durchgängig in den deutschen Schutzgebieten Anwendung findet, da seine Vorschriften dem bürgerlichen Recht angehören. Immerhin enthält das VVG. einige Bestimmungen, die in den Schutzgebieten keine Geltung haben können. Hierzu gehört zunächst § 13 Satz 2, wonach es im Falle des Konkurses des Versicherers bei den im VAG. enthaltenen besonderen Vorschriften über die Wirkungen der Konkurseröffnung bewendet. Daß der für diese Bestimmung in Frage kommende § 61 VAG. in den Schutzgebieten nicht gilt, ist bereits oben unter II Nr. 2 ausgeführt worden. Die Folge davon ist, daß bei einer in den Schutzgebieten etwa bestehenden Sterbekasse im Falle ihres Konkurses die Versicherungsverhältnisse nicht schon durch die Eröffnung des Konkurses erlöschen würden, wie § 61 Abs. 2 VAG. besagt, sondern, da § 13 Satz 1 VVG. in den Schutzgebieten ohne Einschränkung gelten muß, erst mit dem Ablauf eines Monats seit der Eröffnung. Der § 13 Satz 2 VVG. übt seine Wirkung in den Schutzgebieten selbstverständlich aber dann aus, wenn die Lebens- und die ihr nach § 63 VAG. gleichgestellte sonstige Versicherungsunternehmung in Deutschland ihren Sitz hat und in den Schutzgebieten Geschäfte betreibt. Er wirkt aber nicht, wenn eine ausländische Lebensversicherungsunternehmung, selbst eine solche, die im Deutschen Reiche zum Geschäftsbetrieb zugelassen ist und nach Maßgabe des VAG. beaufsichtigt wird, in den Schutzgebieten Geschäfte betreibt, weil nach § 90 VAG. die §§ 58 bis 63 VAG. auf ausländische Unternehmungen, d. h. die im Deutschen Reiche zum Geschäftsbetriebe zugelassenen, nur hinsichtlich der im Inlande, d. h. im Deutschen Reich ohne die Schutzgebiete (oben II Nr. 3), abgeschlossenen Versicherungen Anwendung finden.

Weiterhin können § 40 Abs. 2 Satz 3, § 89 Abs. 2 Satz 1, § 159 Abs. 3 Satz 2, § 174 Abs. 4 Satz 2, § 176 Abs. 4 Satz 2, § 178 Satz 2 und § 189 keine Anwendung finden. In diesen Bestimmungen macht das VVG. eine materiell-rechtliche Wirkung bezüglich der Feststellung der Angemessenheit gewisser Gebühren und Abzüge (§§ 40, 174, 176, 178), bezüglich der Rechtsgültigkeit von Bestimmungen über die Berechnung des entgehenden Gewinns (§ 89) sowie gewisser Abweichungen von zwingenden Vorschriften des VVG. bei kleineren Vereinen

und bei Lebensversicherungen mit kleineren Beträgen (§ 189) davon abhängig, daß die Regelung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen getroffen ist. Da die Vorschriften des VAG. in den Schutzgebieten nicht gelten, gibt es dort auch nicht eine Aufsichtsbehörde im Sinne des VAG., die ihre Genehmigung zu der in den vorstehenden Paragraphen vorgesehenen Regelung erteilen könnte. Hinsichtlich dieser Bestimmungen des VVG. liegt also der Fall des § 20 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes vor; sie sind in den Schutzgebieten unanwendbar, weil sie Einrichtungen voraussetzen, an denen es in den Schutzgebieten fehlt. Die Nichtgeltung dieser Vorschriften wird jedoch nur insoweit in Frage kommen, als es sich um Versicherungsunternehmungen mit dem Sitz in den Schutzgebieten handelt oder um ausländische Unternehmungen, die der Reichsaufsicht nicht unterstehen, weil es nur hinsichtlich dieser Unternehmungen an einer Aufsichtsbehörde im Sinne des VAG. fehlt. Arbeiten dagegen Unternehmungen, die im Deutschen Reich ihren Sitz haben, oder ausländische Unternehmungen, die im Deutschen Reiche zum Geschäftsbetrieb zugelassen sind, in den Schutzgebieten mit Versicherungsbedingungen, in denen mit Genehmigung der deutschen Aufsichtsbehörde eine den genannten Paragraphen entsprechende Regelung stattgefunden hat, wird man auch in den Schutzgebieten einer solchen Regelung die Gültigkeit nicht versagen können.

Die §§ 190 bis 193 VVG. (Unanwendbarkeit des VVG. auf Versicherungsverhältnisse bei Innungskassen und Berufsgenossenschaften, Weitergeltung landesrechtlicher Vorschriften über öffentliche Versicherungsanstalten, über die Verpflichtung, die Entschädigungssumme nur zur Wiederherstellung zu zahlen) können in den Schutzgebieten keine Geltung haben, da diese Vorschriften einerseits Einrichtungen und Verhältnisse voraussetzen, an denen es für die Schutzgebiete fehlt, anderseits ausschließlich landesrechtliche Bestimmungen im Auge haben.

Auch der letzte Paragraph des VVG., § 194, welcher die ausschließliche Zuständigkeit des Reichsgerichts als oberste Instanz für Versicherungsstreitigkeiten festsetzt, ist in den Schutzgebieten nicht anwendbar. Denn durch § 6 Nr. 6 des Schutzgebietsgesetzes in Verbindung mit § 8 der Verordnung, betreffend die Rechtsverhältnisse in den deutschen Schutzgebieten, vom 9. November 1900 (R. G. Bl. S. 1005), sowie der Verordnung, betreffend das Gericht zweiter Instanz für das Schutzgebiet Kiautschou, vom 28. September 1907 (R. G. Bl. S. 735), ist die nach dem Konsulargerichtsbarkeitsgesetz begründete Zuständigkeit des Reichsgerichts der Gerichtsbehörde zweiter Instanz, d. h. den in den Schutzgebieten eingerichteten Obergerichten, übertragen. Dem Konsulargerichtsbarkeitsgesetz ist das Rechtsmittel der Revision unbekannt.

2. Nach § 10 Abs. 2 des Reichsgesetzes vom 20. Dezember 1911, betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes, finden auf die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die zum Betriebe der Versicherung ihrer Mitglieder gegen Krankheit befugt sind, und auf diese

Mitglieder von den Vorschriften des VVG. nur die §§ 1 bis 22, 31 bis 48, 164, 188, 189, 194 Anwendung, auf Vereine, die ein Sterbegeld von mehr als 300 M. gewähren, außerdem auch die §§ 159, 173 bis 178. Nach Absatz 3 dieses § 10 kann sich der Versicherer auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften des § 164 VVG. zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, nicht berufen. Soweit also hiernach auf Krankenversicherungsvereine nur gewisse Vorschriften des VVG. anwendbar sind, muß dies auch für die Schutzgebiete gelten. Der § 10 Abs. 2 und 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1911, das im übrigen hauptsächlich verwaltungsrechtlicher Natur ist, gilt demnach auch in den Schutzgebieten, soweit nicht einzelne der dort aufgeführten Vorschriften nach den Ausführungen unter III Nr. 1 in den Schutzgebieten unanwendbar sind.

3. Die Geltung des VVG. in den Schutzgebieten ist insofern von erheblicher Bedeutung, als die zwingenden Vorschriften dieses Gesetzes durch Vereinbarung mit dem Versicherer nicht ausgeschlossen werden können. Hierbei ist es gleichgültig, ob die Versicherungsunternehmung in den Schutzgebieten selbst ihren Sitz hat, wo das VAG. nicht gilt, oder in Deutschland, wo die in den Schutzgebieten zu verwendenden Bedingungen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, oder ob es sich um eine ausländische Versicherungsunternehmung handelt. Diejenigen Vertragsbestimmungen, die gegen die zwingenden Vorschriften des VVG. verstoßen, würden demnach nichtig sein. Dieser Grundsatz muß auch dann gelten, wenn eine ausländische Versicherungsunternehmung die Geltung ihres Heimatrechts mit dem Versicherungsnehmer vereinbaren sollte. Denn nach dem auch für die Schutzgebiete geltenden Art. 30 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch ist die Anwendung eines ausländischen Gesetzes ausgeschlossen, wenn die Anwendung gegen die guten Sitten oder gegen den Zweck eines deutschen Gesetzes verstoßen würde. Hierdurch ist für die Schutzgebiete auch ein Ersatz dafür gegeben, daß der § 89 VAG., welcher einen vertragsmäßig unausschließbaren Gerichtsstand für die im Deutschen Reiche zugelassene ausländische Versicherungsunternehmung festsetzt, in den Schutzgebieten keine Anwendung findet (oben II Nr. 3). Denn der § 48 VVG. schreibt zwingend vor, daß, wenn ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen hat, für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnisse gegen den Versicherer erhoben werden, das Gericht des Ortes zuständig ist, wo der Agent zur Zeit der Vermittelung oder Schließung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte.

4. Schließlich ist noch zu erwähnen, daß das VVG. nicht für sämtliche Bewohner der Schutzgebiete gilt. Die in § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Vorschriften finden nämlich nur auf alle in den Schutzgebieten sich aufhaltenden Weißen, Reichsangehörige und Ausländer, Anwendung, nicht dagegen auf die Eingeborenen,[14]) d. h. die Angehörigen der im Schutzgebiete heimischen

---

[14]) § 4 des Schutzgebietsgesetzes.

farbigen Stämme einschließlich der Mischblutstämme.[15]) Hiervon werden aber diejenigen Eingeborenen auszunehmen sein, denen gemäß § 9 des Schutzgebietsgesetzes durch Naturalisation die Reichsangehörigkeit verliehen worden ist.[16]) Die in § 19 des Konsulargerichtsbarkeitsgesetzes bezeichneten Vorschriften finden ferner keine Anwendung auf die Angehörigen fremder farbiger Stämme.[17]) Japaner gelten dabei nicht als Angehörige farbiger Stämme.[18]) Die für die Japaner durch § 2 der Verordnung vom 9. November 1900 ausdrücklich bestimmte Ausnahme wird auch für solche Farbige zu gelten haben, die als Angehörige zivilisierter Staaten kraft völkerrechtlicher Verträge oder Herkommens den Reichsangehörigen gleichstehen.[19])

Die Kollektivunfallversicherung der Studierenden usw. an den deutschen Hochschulen.

Von Wilhelm Schmidt (Dortmund).

Der Gedanke, eine Unfallversicherung für Studierende einzuführen, tauchte in Universitätskreisen anfangs der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts auf, hervorgerufen durch einige schwere Unglücksfälle in den Laboratorien der Universitäten Kiel und Göttingen und des Polytechnikums Zürich. An den technischen Hochschulen und Schulen hatte die Überzeugung von der Notwendigkeit einer allgemeinen Unfallversicherung sich schon früher Bahn gebrochen. 1887 schon war eine allgemeine Unfallversicherung an dem Technikum Mittweida eingeführt worden. Den Anstoß zu einer Versicherung der Studierenden auf technischen Hochschulen gab Baudirektor *Karl v. Bach*, Professor an der Hochschule Stuttgart. Er versuchte 1887 zunächst die Versicherung seiner Praktikanten, ähnlich wie die der in den Laboratorien beschäftigten Arbeiter und Diener, bei der Berufsgenossenschaft, der die Hochschule (damals noch Polytechnikum) mit ihren Dampfmaschinen usw. gemäß § 1 Abs. III des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 angehörte, durchzusetzen. Auf den erst 1889 eintreffenden, ablehnenden Bescheid der Berufsgenossenschaft hin trat er, unterstützt von dem Interesse des württembergischen Staatsministers Dr. *v. Sarwey*, einer Privatversicherung der Studierenden bei dem Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein Stuttgart näher, trotzdem auf eine Anfrage hin

---

[15]) *Gerstmeyer* a. a. O. S. 25.
[16]) *Gerstmeyer* a. a. O. S. 25.
[17]) § 2 der Verordnung, betreffend die Rechtsverhältnisse in den deutschen Schutzgebieten vom 9. November 1900 (R. G. Bl. S. 1005).
[18]) Vgl. Anmerkung 17.
[19]) *Gerstmeyer* a. a. O. S. 25.

die übrigen technischen Hochschulen wenig Interesse bekundeten. Die anfänglichen Schwierigkeiten hinsichtlich der Höhe der Einzelprämie und der Form der Versicherung wurden überwunden, indem die Studierenden nach Maßgabe der Zeit ihrer Beteiligung kollektiv versichert wurden. Entschädigungen wurden festgesetzt für Tod und völlige Invalidität. Versicherungsnehmer und Vertreter der Studierenden in allen die Versicherung angehenden Fragen war die Direktion der technischen Hochschule. Die Grundzüge der gesamten heutigen Unfallversicherung für Studierende waren damit angedeutet. Ja die Kasse der Hochschule streckte sogar den Versicherungsaufwand für das erste Jahr (1. April 1890 bis 1. April 1891) vor. (Näheres über die Entstehung der Versicherung in Stuttgart in der „Zeitschrift des Vereins deutscher Ingenieure", Band 34 S. 1058.)

Dem Vorgehen Stuttgarts in der Versicherungsfrage folgten bald andere technische Hochschulen, so z. B. Braunschweig. Eine mustergültige Kollektiv-Unfallversicherung für Studierende, Hörer und Dozenten schloß das Polytechnikum Zürich mit einer schweizerischen Gesellschaft ab. Diese Versicherung versuchte die betreffende Gesellschaft auf alle deutschen Universitäten und Hochschulen zu übertragen. Aber die Angelegenheit war, wie Dr. *Paul v. Salvisberg* in der Oktober-Nummer 1897 der Akademischen Revue nachwies, trotz des deutlichen Bedürfnisses nach einer Unfallversicherung noch nicht spruchreif. *v. Salvisberg* trug sich mit dem Gedanken, eine allgemeine Versicherungskasse deutscher Hochschulen ins Leben zu rufen, deren Rückversicherung eventuell eine Privatanstalt übernehmen wollte. Jedenfalls hatten die Universitäten recht, den sich häufenden Anträgen der Versicherungsgesellschaften auf Abschluß von Kollektiv-Unfallversicherungen abwartend sich gegenüberzustellen: waren doch die Prämien sehr hoch. Außerdem erwog man an einigen Stellen, ob die Universität nicht die Zwangsversicherung der Studierenden selbst übernehmen sollte. Die großen Bedenken hinsichtlich der Errichtung einer neuen Zwangsinstitution, der Schwierigkeiten der Verteilung und der Unsicherheit der Risiken, der geringen Anzahl der Beteiligten an einer einzelnen Universität, zumal man von einer bloß fakultativen Versicherung mit Recht nichts erhoffte, empfahlen eine Kollektiv-Unfallversicherung bei einer gut fundierten Privatgesellschaft. Darauf wies auch hin der Erlaß des preußischen Kultusministers an alle preußischen Universitätskuratoren vom 2. Mai 1898 mit Bezugnahme auf den inzwischen erfolgten Beitritt der Universitäten Heidelberg und Freiburg zum Allgemeinen Deutschen Versicherungsverein. Allmählich schloß auch eine immer größere Zahl von Hochschulen Versicherungsverträge mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften ab. Einige schwere Explosionen in den chemischen Laboratorien der Universitäten Halle und Freiburg, sowie eine nochmalige Verfügung des Kultusministers vom 8. September 1903 beschleunigten neue Vertragsabschlüsse, zumal vielfach der Widerstand der Versicherungsgesellschaften in wichtigen Fragen, z. B. betreffs der für Mediziner so bedeutungsvollen Infektionsklausel, unter Ausnutzung der Konkurrenz beseitigt wurde. So

schloß Göttingen einen Kollektiv-Unfallversicherungsvertrag bei einer westdeutschen Aktiengesellschaft mit Gültigkeit vom 1. Oktober 1904 ab.

Doch ist die Entwicklung noch immer nicht abgeschlossen. Eine Zwangsversicherung für Studierende besteht bisher an allen 11 deutschen technischen Hochschulen, da sich hier ein Bedürfnis naturgemäß früh und besonders dringend geltend machte. Eine Unfallversicherung besteht weiter an sämtlichen preußischen Universitäten, in Berlin freilich nur in der Form, daß die Studierenden einzelner Institute, z. B. des physikalischen, chemischen und pharmakologischen Instituts, von den Direktoren versichert worden sind. Auch die außerpreußischen Universitäten haben größtenteils eine Unfallversicherung eingeführt, mit Ausnahme von Tübingen und Leipzig. Letztere steht gegenwärtig in Verhandlungen. Die Unfallversicherung ist weiterhin eingeführt an der jetzigen Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften, künftigen Unversität Frankfurt, am Kolonialinstitut Hamburg und an der Akademie für Militärärztliches Bildungswesen in Berlin, dagegen nicht an der Akademie Posen. Von den deutschen Handelshochschulen haben eine Unfallversicherung eingeführt die Handelshochschulen Berlin, Köln und München (seit 1911), Mannheim und Leipzig dagegen nur für Exkursionen.

Den Ausführungen liegen zugrunde die mehr oder minder großen Auskünfte aller deutschen Universitäten mit Ausnahme der Universität Kiel, die die Auskunft verweigerte, aller Technischen und Handelshochschulen, der Akademie Posen, der Militärärztlichen Akademie und des Hamburger Kolonialinstituts. Die Darstellung mußte sich bei vielen Fragen nur auf die zur Verfügung stehenden zwölf ausführlichen Verträge gründen. Ferner wurden benutzt die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen für Kollektiv-Unfallversicherung von acht deutschen Gesellschaften.

Der Umfang der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Personenkreise ist je nach den einzelnen Hochschulen äußerst verschieden. Am weitesten in der Ausbreitung des Versicherungszwanges gehen die bayrischen Universitäten und die Technische Hochschule München. Bei letzterer ist die Versicherung ausgedehnt auf sämtliche Studierende, Hörer und Hospitanten, den gesamten Lehrkörper und das ganze Verwaltungs-, Kanzlei- und Dienstpersonal. Die bayrischen Universitäten erstrecken den Versicherungszwang auf sämtliche Studierende, Hörer und Hospitanten, das nichthöhere Verwaltungs- und Kanzleipersonal, Assistenten der Institute und Medizinalpraktikanten. Dazu geben sie Versicherungsberechtigung dem Lehr- und dem höheren Verwaltungspersonal, Würzburg sogar noch den gesamten über 18 Jahre alten Familienangehörigen des Personals. Sehr weit in der Ausbreitung des Versicherungszwanges gehen alle technischen Hochschulen, was leicht erklärlich ist aus ihrem verhältnismäßig gefährlichen Betrieb. Sie und die Akademie für militärärztliches Bildungswesen versichern ihre sämtlichen Studierenden und Hörer. Dem Lehrpersonal, Assistenten und Dienern ist überall daneben die Berechtigung zur fakultativen Versicherung gegeben.

wenn sie nicht, wie an den Technischen Hochschulen Breslau, Charlottenburg und München, von vornherein unter die Zwangsversicherung fallen.

Die Universitäten haben nur selten den allgemeinen Versicherungszwang für alle Studierenden eingeführt; außer an den oben schon erwähnten bayrischen Universitäten findet sich eine Zwangsversicherung aller Studierenden nur an den Universitäten Gießen, Heidelberg, Freiburg und der Akademie Frankfurt, meist verbunden mit Versicherungsberechtigung für den gesamten Lehrkörper einschließlich der Assistenten. Alle nord- und mitteldeutschen Universitäten haben sich aber aus guten Gründen gegen die Einführung eines allgemeinen Versicherungszwanges ausgesprochen. Welche besonderen Gefahren drohen z. B. dem Juristen oder dem Philologen im Studienbetriebe? Eine Versicherung für alle Studierenden, auch für die nicht gefährdeten Personenkreise, würde zwar eine geringere Prämie ergeben, wie denn auch tatsächlich die Prämien an den Universitäten, die allgemeinen Versicherungszwang eingeführt haben, bei großen Leistungen recht klein sind. Aber die Versicherung soll keine Wohltätigkeitsanstalt sein, vielmehr soll die Gefahr (neben der Leistung) bei der Versicherung der Studierenden und der Berechnung der Prämien in Anschlag gebracht werden. Es könnten höchstens Unfälle auf dem Hin- und Rückweg zum Lehrgebäude in Betracht kommen, und diese sind vielfach gerade von der Versicherung ausgeschlossen, namentlich, wenn es sich um Radfahrunfälle handelt. An den norddeutschen Universitäten befolgt man daher das System, nur eine gewisse Gruppe von Studierenden, die in ihrem Studienbetrieb besonderen Gefahren ausgesetzt sind, der Zwangsversicherung zu unterwerfen. Es sind dies in der Regel die Studierenden der Medizin (einschließlich der Zahnheilkunde), der Naturwissenschaften (einschließlich der Mathematik), der Landwirtschaft, der Pharmazeutik, die Hörer und Hörerinnen und überhaupt alle, die Vorlesungen in den betreffenden Disziplinen belegt haben. Die Universitäten Bonn und Königsberg und das Kolonialinstitut überlassen es den Dozenten, anzugeben, welche Vorlesungen, Übungen usw. zur Unfallversicherung verpflichten. Diejenigen Personen, die solche Vorlesungen belegen, fallen unter die Versicherung. Der Bedeutung des Turnens und des Sportes gemäß und in Rücksicht auf die damit verbundenen Gefahren haben die Universitäten Bonn und Freiburg u. a. die obligatorische Versicherung der Studierenden, die an Turn- und Fechtübungen usw. in der akademischen Turn-, Fecht- und Reithalle teilnehmen, eingeführt. Neben den Versicherungspflichtigen ist regelmäßig gewissen Gruppen von Personen, z. B. Dozenten, Assistenten usw., die Berechtigung zur Versicherung eingeräumt. So haben in Göttingen die Assistenten der verschiedenen in Betracht kommenden Institute die Versicherungsberechtigung zu gleichen Bedingungen, wie die Studierenden.

Nicht sämtliche Personen, die an und für sich versicherungspflichtig wären, sind auch versicherungsfähig. Die Gesellschaften wehren sich durch besondere Vertragsbestimmungen, einer Reihe von

Personen, die mit schweren Krankheiten behaftet sind oder waren, ihren Versicherungsschutz angedeihen zu lassen, selbst dann, wenn für sie ordnungsmäßig die Prämie gezahlt worden ist. So sind in den Vertragsbedingungen als schlechte Risiken ausgenommen: Blinde, Taube, Lahme, Verkrüppelte, Geistesgestörte, Epileptiker, mit schweren Krankheiten, insbesondere Syphilis, behaftete Personen trotz etwaiger für sie gezahlter Prämien. Ferner sind nicht versicherungsfähig alle Personen, die innerhalb der letzten, nach den neuesten Versicherungsbedingungen fünf Jahren, von einer schweren Krankheit, wie Geistesgestörtheit, schwerem Nervenleiden, Schlagfluß und, wie es in dem bis W. S. 1912/13 gültigen Münchener Universitätsvertrage hieß, Säuferwahnsinn, betroffen wurden. Insbesondere erlischt jede Zahlungspflicht, wenn etwa Syphilis auf den Heilungsverlauf einer Unfallfolge schädigend einwirkt.

Durch viele Verträge wird die Versicherungsfähigkeit noch weiter eingeschränkt. So sind in den Verträgen der Universitäten Bonn und Breslau schon die hochgradig kurz- und schwachsichtigen und die erheblich schwerhörigen Personen von dem Versicherungsschutz entbunden, vorausgesetzt freilich, daß der Unfall nachweislich ohne diese körperlichen Gebrechen nicht eingetreten wäre. Die Technische Hochschule Dresden hat dagegen ausdrücklich die Bestimmung in ihren Vertrag aufgenommen, daß hochgradig Kurzsichtige und Schwerhörige nicht von der Versicherung ausgeschlossen sein sollen. Auch Gießen gibt mit genauer Kasuistik an, daß nur derjenige die Versicherungsfähigkeit nicht besitzen soll, der die Sehkraft beider Augen, einen Arm, eine Hand, ein Bein oder einen Fuß verloren hat oder doch in deren Gebrauch völlig gehindert ist. Wünschenswert ist sowohl eine solche Kasuistik als auch die Einbeziehung der schwerhörigen und kurzsichtigen Personen unter die Versicherung, um etwaigen Gründen einer Gesellschaft, die Entschädigungspflicht später mit Hinweis auf die Versicherungsunfähigkeit der Betroffenen abzulehnen, im Interesse der Versicherten nicht einen zu günstigen Boden zu bereiten. Die meisten Vertragsbedingungen weisen ferner die Bestimmung auf, daß die Versicherung des einzelnen Versicherten erlischt, wenn er während der Dauer der Versicherung entweder von dauerndem Siechtum, Geisteskrankheit, Blindheit, Taubheit, Epilepsie, Schlagfluß, Nervenleiden befallen wird oder unabhängig von einem Unfall Gliedmaßen verliert, deren Verlust einer Invalidität von 60 % (München, Erlangen), an anderen Stellen 45 % (Würzburg) oder gar nur 40 % (Technische Hochschulen Breslau, Darmstadt, Kolonialinstitut) gleichkommt. Die Einbeziehung der mit körperlichen Gebrechen behafteten Personen erfolgt an der Technischen Hochschule München für jeden Einzelfall mit der Einschränkung, daß verstümmelte Gliedmaßen oder krankhafte Organe und eventuelle durch sie herbeigeführte Komplikationen von vornherein ausgeschlossen sind. Die Versicherung erstreckt sich dann nur auf solche Unfallfolgen, von denen diese Personen unabhängig von den vorhandenen Gebrechen betroffen werden. In der Einbeziehung wenigstens der unabhängig von körperlichen Gebrechen eintretenden Unfälle unter die

Versicherung berührt sich die Bestimmung mit den ähnlichen, die sich in den Verträgen der Universitäten Bonn und Breslau finden. In einigen Verträgen, so in denen der Universität München, findet sich ferner die Bestimmung, daß weibliche Personen während der Schwangerschaft und des Wochenbetts den Versicherungsschutz gegen Unfälle entbehren.

Verbleiben die einmal gezahlten Prämien in den Fällen, in denen der Versicherte in Siechtum usw. während der Zeit der Versicherung fällt, vertragsgemäß regelmäßig den Versicherungsgesellschaften, so findet eine Rückvergütung der Prämien in Höhe von 75 % gewöhnlich da statt, wo eine Versicherungsfähigkeit von vornherein nicht vorhanden war. Außerdem hat der Betreffende stets das Recht, mit Hinweis auf seine körperlichen Gebrechen und die dadurch sich ergebende Beschränkung des Versicherungsschutzes sich der Zwangsversicherung zu entziehen und seine Prämien zu ersparen.

Der Umfang der Versicherung ist nicht auf sämtliche Unfälle, die dem Versicherten irgendwo zustoßen, ausgedehnt, sondern regelmäßig durch besondere Vertragsbedingungen auf räumlich begrenzte Bezirke beschränkt. Innerhalb der Versicherten ist dieser Kreis verschieden weit gezogen, je nachdem es sich auf der einen Seite um Studierende, Professoren, Assistenten usw. handelt, oder um das Dienst-, Kanzlei-, Verwaltungspersonal auf der anderen Seite. Die erstere Gruppe von Versicherten ist ganz regelmäßig versichert gegen Unfälle auf folgenden Gebieten:

I. Die Versicherung erstreckt sich auf alle Unfälle in den von der Universität zum Studienbetrieb benutzten Räumen und Geländen. Dies sind vor allem also die Hörsäle, Laboratorien, Institute, Kliniken, Bibliotheksräume, Gärten, Höfe, Mieträume usw.; an den Hochschulen, wo die turnerische oder sportliche Betätigung eine Versicherung auslöst, auch der akademische Turn- und Fechtboden, sowie die Reitbahn (Bonn, Breslau, Aachen, Militärärztliche Akademie, Kolonialinstitut).

II. Außerhalb dieser Lokalitäten erstreckt sich die Versicherung regelmäßig auf Unfälle bei Arbeiten, die unter Aufsicht und Leitung eines Dozenten oder Assistenten vorgenommen oder auf seinen in dienstlicher Eigenschaft gegebenen Auftrag ausgeführt werden.

III. Von erheblicher Bedeutung aber ist die regelmäßige Einbeziehung aller Unfälle, die sich ereignen auf Ausflügen und Exkursionen, die mit dem Studienbetrieb zusammenhängen; kennen doch einige Hochschulen (Handelshochschule Mannheim) überhaupt bisher nur Versicherungen bei Exkursionen von Fall zu Fall. Aber in der Frage der Unfallversicherung auf Exkursionen finden sich schon erhebliche Abweichungen in den Versicherungsbedingungen.

An den meisten Hochschulen wird die Leitung, Aufsicht oder doch die Beteiligung eines Dozenten, mitunter auch eines Assistenten oder einer sonstigen Hilfsperson des Dozenten an dem Ausfluge gefordert.

Die Technische Hochschule Dresden fordert, daß Exkursionen, die ohne Beteiligung eines Dozenten, aber doch wenigstens auf sein Anraten hin, zu einem wissenschaftlichen Zweck unternommen wer-

den, vorher beim Sekretariat angemeldet werden und die Zahl der Teilnehmer angegeben wird. Auch die Technische Hochschule Stuttgart macht eine persönliche Teilnahme eines Dozenten nicht zur Voraussetzung der Versicherung. Es genügt, wenn die Exkursion zu Zwecken des Unterrichts erfolgt, dessen Erteilung und Leitung dem Lehrer obliegt. Haben doch die Studierenden gerade der Technischen Hochschulen ein Interesse daran, auch dann gegen Unfälle versichert zu sein, wenn sie selbständig zu privaten Studienzwecken gewerbliche Anlagen usw., deren Besichtigung mit Gefahren verknüpft ist, besuchen. Freilich fordern in solchen Fällen die Versicherungsgesellschaften, daß zwischen Unterricht und Unfall ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. In den Verträgen einer Gesellschaft sind ausdrücklich Unfälle während des Aufenthalts in Gasthöfen zum Zweck des Rastens oder Übernachtens eingeschlossen.

Regelmäßig sind bei Exkursionen auch die Unfälle in die Versicherung eingeschlossen, die sich bei Benutzung von Personenbeförderungsmitteln, wie Eisenbahnen usw., ereignen. Ausdrücklich hat unter den eingesehenen Verträgen nur der von der Universität Königsberg abgeschlossene die Unfälle ausgeschlossen, die sich durch Betrieb von Eisenbahnen und Dampfschiffen gelegentlich von Exkursionen ereignen.

Überhaupt erfährt die Frage, wie es zu halten sei mit Unfällen, die sich auf dem Hin- und Rückweg zu den Gebäuden und Geländen der Universität ereignen, eine sehr verschiedene Beantwortung. Vielfach fallen Unfälle auf dem Hin- und Rückwege nicht unter die Versicherung (Technische Hochschulen Breslau, Dresden). Dagegen nehmen die bayrischen Universitäten solche Unfälle unter die Versicherung auf, freilich nur unter besonderen Kautelen: Gefahrerhöhende Unterbrechungen des Wegs und Umwege, die nach verkehrsüblicher Auffassung als erheblich zu betrachten sind, bleiben außer Betracht. Sodann ist der Hin- und Rückweg auf das Stadtgebiet und auf eine 3 km (München 5 km) breite Zone, von der Stadtgrenze ab gerechnet, beschränkt. Ja, die seit W. S. 1912/13 in Kraft getretenen Vertragsbedingungen der Universität München machen noch genauere Angaben. Danach bleiben ferner auch noch außer Betracht Unfälle in einer nicht auf einem versicherten Grundstück gelegenen Wohnung.

Und selbst unter den wenigen Hochschulen, die Unfälle auf dem Hin- und Rückwege als unter die Versicherung fallend anerkennen, gibt es noch Differenzen hinsichtlich der Frage der Radunfälle. So schließt die Technische Hochschule München Unfälle, die durch Benutzung eines Fahrrades entstehen, ausdrücklich aus, während die bayrischen Universitäten sie ausdrücklich einbeziehen.

Eine so weitgehende Beschränkung des örtlichen Geltungsgebiets entfällt regelmäßig für das Dienst-, Kanzlei-, Verwaltungspersonal der Hochschulen, soweit es versichert ist. Die Angehörigen dieser Kategorien sind versichert gegen alle Unfälle, die ihnen zustoßen bei irgendwelcher dienstlichen Tätigkeit, z. B. auf Dienstwegen und auf Dienstreisen. Für letztere gelten die allgemeinen Beschränkungen.

Für die Familienangehörigen dieser Kategorien gilt schließlich noch die Beschränkung, daß Unfälle bei rein häuslichen Tätigkeiten nicht in den Rahmen der Versicherung fallen. Praktisch könnte diese Bestimmung etwa in dem Fall werden, daß z. B. die Frau eines Pedellen auf Dienstwegen, die sie in Vertretung ihres Mannes unternimmt, einen Unfall erleidet.

Wohnt ein Versicherter (Beamter) in einem Gebäude der Universität, so erstreckt sich die Versicherung nicht auf solche Unfälle, die ihm in der Wohnung oder auf dem Hin- oder Rückwege zu dieser Wohnung begegnen, wenn er nachweislich nicht in dienstlicher Verrichtung tätig war.

Der Begriff des Unfalls, an den sich laut Versicherungsvertrag die Entschädigungspflicht der Gesellschaft knüpft, ist theoretisch mit allgemeinen Begriffsbestimmungen schwierig festzustellen und ist auch im VVG. nicht festgesetzt worden. Seine Festlegung muß der Wissenschaft und Praxis überlassen bleiben. Der Umfang der Versicherung bestimmt sich bei der Unfallversicherung für Studierende nach den allgemeinen und besonderen Vertragsbedingungen der Unfall-Versicherungsgesellschaften, von denen die allgemeinen Vertragsbedingungen einen ziemlich gleichen typischen Inhalt haben, im wesentlichen noch in Anlehnung an die Bestimmungen des Verbandes der Deutschen Unfall-Versicherungsgesellschaften, der erst 1910 sich auflöste. Hiernach gelten als Unfälle, wie überhaupt allgemein, solche ärztlicherseits sicher erkennbaren körperlichen Beschädigungen, von denen die versicherte Person durch eine plötzliche, unabhängig von ihrem Willen von außen her auf ihren Körper mechanisch oder chemisch einwirkende Gewalt getroffen wird. Aber tatsächlich ist diese Definition zu eng. Man kann mit allgemeinen Merkmalen und Voraussetzungen dem Unfallsbegriff schwer beikommen und ist immer auf Kasuistik angewiesen. Darum beziehen auch die allgemeinen Vertragsbedingungen noch eine Reihe von schädigenden Ereignissen unter den Unfallsbegriff, bei denen die mechanische oder chemische Wirkung nicht ganz klar zum Vorschein kommt, wie Verbrennungen, Verätzungen, elektrische Schläge, Ersticken durch ausströmende Gase, Dämpfe und Rauchentwicklung. Ferner wird Blitzschlag stets als Unfall gerechnet. Als Unfälle gelten aber ganz allgemein auch gewisse körperliche Schädigungen, die nicht von außen kommen, wie Muskel- und Bänderzerrungen, Zerreißen infolge plötzlicher körperlicher Überanstrengung. Die Greifswalder Urkunde schließt auch unfreiwilliges Ertrinken unter die Unfälle ein.

Neben diesen überall im wesentlichen gleichen, sogenannten positiven Versicherungsbedingungen sind in den Vertragsformularen regelmäßig noch sogenannte negative enthalten, Bestimmungen, die eine große Reihe von körperlichen Schädigungen nicht als Unfälle gelten lassen.

So sind regelmäßig ausgeschlossen: 1. Krankheiten, soweit sie nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall stehen; 2. Erkrankungen, die auf eine physisch schädigende Einwirkung zurückgehen; 3. Organische Gebrechen und Fehler; 4. Schädigungen

durch Aufnahme von Speise und Trank oder Medizin; 5. Schlag-, Krampf-, Ohnmachtsanfälle, Schwindel-, Epilepsieerscheinungen; 6. Krampfadern; 7. Eingriffe des Versicherten am eigenen Körper, wie Nägelschneiden, Aufbrechen von Geschwüren usw.; 8. Operationen, die nicht durch Unfälle bedingt sind; 9. Alle allmählich entstandenen Krankheiten, selbst wenn sie durch äußere, mechanische Einwirkungen erzeugt sind; hierhin gehören z. B. Sehnenzerrungen. 10. Ausgeschlossen sind stets Darmverschließungen, Unterleibs- und Eingeweidebrüche, Blinddarmentzündungen, sogar dann, wenn sie durch Unfälle herbeigeführt sind. Nimmt man doch an, daß diese Erscheinungen Folgen einer schon vorhandenen krankhaften Anlage sind. 11. Ausgeschlossen sind ferner Blutungen aus inneren Organen, soweit eine äußere Verletzung nicht erkennbar ist. Eine Anstalt schließt auch Herz- und Stoffwechselkrankheiten aus, es sei denn, daß sie vor dem Unfall noch nicht vorhanden gewesen.

Erhebliche Abweichungen in den Vertragsbedingungen zeigen sich nur an zwei Punkten: in der Frage, ob die Einwirkung von Temperatureinflüssen, z. B. Sonnenstich, und ob die Infektionen und Invasionen mit als Unfälle anzusehen sind. In den meisten Verträgen sind die Wirkungen von Temperatureinflüssen, wie Erkältungen, Erfrieren, Sonnenstich usw., ausdrücklich ausgeschlossen. Bonn und Breslau dagegen fassen, in Rücksicht auf ihre Chemiker und Physiker, ein plötzliches Erfrieren durch flüssige Gase usw. als Unfall auf. Merkwürdig ist, daß die technischen Hochschulen, die doch auch mit chemischen und physikalischen Instituten ausgestattet sind, größtenteils eine solche Klausel nicht kennen. Ganz allein Dresden hat, allerdings bei ausdrücklichem Ausschluß von Erfrieren und Sonnenstich, die Bestimmung in den Vertrag aufgenommen, daß körperliche Schädigungen durch hohe oder tiefe *künstliche* Temperatur und Strahlung als Unfälle anzusehen seien. Dagegen haben die bayrischen Universitäten unter Ausschluß aller sonstigen Temperatureinflüsse den Sonnenstich als Unfall anerkannt.

Wichtiger ist die Frage der sogenannten Infektionsklausel, die die Universitäten im Interesse ihrer Mediziner und Chemiker erst haben erkämpfen müssen. Regelmäßig findet sich in den allgemeinen Versicherungsbedingungen die Bestimmung, daß neben allen gewöhnlichen Krankheiten und Erkrankungen Infektions- und Invasionskrankheiten sowie innere Vergiftungen nicht als Unfälle gelten. Diese Bestimmung ist regelmäßig in den Verträgen der technischen Hochschulen zu finden. Dort scheint also kein Bedürfnis für die Einbeziehung von Infektionen unter den Unfallsbegriff zu bestehen. Schwieriger liegt die Sachlage bei den Universitäten. Die Verträge einer Gesellschaft mit den Universitäten Bonn und Breslau enthalten sich genauer Bestimmungen über diese Frage. Da aber bei Infektionen von einer chemisch auf den Körper von außen wirkenden Gewalt nicht gesprochen werden kann, ferner Blutvergiftungen, unter die man allenfalls die Infektionen beziehen könnte, nur bei erkennbarer äußerer Verletzung als Unfälle gelten, so muß man annehmen, daß Infektionskrankheiten nicht unter die Versicherung fallen.

Ebenso liegt die Sache z. B. in Freiburg, Greifswald und an einigen anderen Universitäten. Merkwürdig erscheint es in Hinsicht hierauf, daß für Mediziner so hohe und erhöhte Prämien gefordert werden, wie z. B. in Freiburg. Einige Universitäten haben jedoch im Interesse ihrer Mediziner sich größere Zugeständnisse der Versicherungsgesellschaften errungen. Eine Gesellschaft hatte den Berliner Ärzten die Einbeziehung aller Infektionskrankheiten unter die Unfälle zugestanden. Doch überschreitet eine solche weite Ausdehnung, wie die Versicherungsgesellschaften insgesamt erklärten, die Aufgabe einer Unfallversicherung. Man einigte sich auf folgende Punkte:

Eingeschlossen sind alle Infektionen, bei denen während der Ausübung des ärztlichen Berufs nachweislich der Ansteckungsstoff durch äußere Verletzung oder durch Einspritzung infektiöser Massen in Augen, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Vorsätzlichkeit und grobe Fahrlässigkeit schließen den Anspruch natürlich schon nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen aus. Als verschärfender Umstand wirkt die Bestimmung, daß die Anzeige unverzüglich zu erfolgen hat.

Chronische Infektions- und Inhalationskrankheiten sind durch diese Bestimmungen ausgeschlossen. Eine derartige Regelung der Frage hat z. B. Göttingen, Gießen, Würzburg, Erlangen und München erzielt, teilweise mit der Erweiterung, daß das Eindringen infektiöser Stoffe nicht bloß in Auge, Mund oder Nase, sondern überhaupt in Haut und Schleimhäute als Unfall zu gelten habe. Ferner wird an den bayrischen Universitäten als Unfall gerechnet die akute Infektionskrankheit bei bakteriologischen Arbeiten des Versicherten. Tatsächlich scheint aber die Formulierung den Erfordernissen der Praxis noch nicht zu genügen. Denn in dem seit W. S. 1912/13 gültigen Vertrag der Universität München findet sich eine noch genauere, mit anschaulichen Beispielen belegte Kasuistik. Hier heißt es unter anderm:

Infektionskrankheiten, die sich in gewöhnlicher Weise entwickeln, sind nicht in der Versicherung einbegriffen mit folgender Ausnahme: nämlich Infektionskrankheiten, die sich entwickeln bei Medizinern, Chemikern, Pharmazeuten nachweisbar in Anschluß an ein sicher bestimmbares, plötzliches, von außen auf sie eindringendes Ereignis, bei dem man das Eindringen infektiöser Stoffe in die Haut oder Schleimhäute mit Sicherheit voraussetzen muß. Dies gilt unbeschadet einer etwaigen Inkubationsfrist. In Betracht kommen aber nur Infektionen bei Ausübung des Berufs an den Örtlichkeiten, worauf die Versicherung beschränkt ist. Solche Fälle liegen z. B. vor, wenn ein Diphtheriekranker bei der Untersuchung dem Versicherten durch Anhusten große Mengen Sekret ins Gesicht schleudert oder wenn sich ein Versicherter eine Verletzung mit infektiösem Material zuzieht oder wenn in eine schon vorhandene Hautverletzung infektiöse Stoffe eindringen. Grundsätzlich von der Versicherung ausgeschlossen sind dagegen alle Schädigungen, die allmählich zustande kommen, auch wenn sie durch medizinische, chemische, pharmazeutische Beschäftigung an sich bedingt sind, insbesondere Schädigungen durch gewöhnliche Einatmung, die mit der Beschäftigung mit Chemikalien

verknüpft sind. Ausschließlich bei den mit bakteriologischen Laboratoriumsarbeiten Beschäftigten sind in die Versicherung eingeschlossen alle Schädigungen durch Eindringen infektiöser Stoffe in Haut und Schleimhäute, sowie Infektionskrankheiten, sofern die Schädigungen in direktem nachweisbaren Zusammenhang mit den bakteriologischen Arbeiten des Versicherten auftreten.

Diese zwar sehr breite, aber eindringende Bestimmung über Infektionen scheint bisher die beste Regelung der schwierigen Frage zu geben.

In der Frage der Blutvergiftungen, die ja mit der Infektionsfrage einigermaßen zusammenhängt, herrscht eine allgemeine Übereinstimmung. Blutvergiftungen gelten durchweg nur dann als Unfälle, wenn sie anknüpfen an eine äußerliche Verletzung, durch die das Gift in den Körper gelangt ist. Insbesondere sind innere Vergiftungen ausgeschlossen.

Neben diesen genauen Bestimmungen, die den Begriff des schädigenden Ereignisses umschreiben, gehören zu den Voraussetzungen des Unfalls der Mangel an Vorsätzlichkeit und grober Fahrlässigkeit und der Mangel an Geistes- und Bewußtseinsstörung. Unfälle, die infolge von Geistes- und Bewußtseinsstörung hervorgerufen worden, sind von der Versicherung ausgeschlossen. Dasselbe gilt bei den durch Trunkenheit hervorgerufenen Unfällen. Vorsatz schließt endlich ebenfalls jede Entschädigungspflicht aus. Selbstmord, Selbstmordversuch, Körperverletzungen durch Duell, durch Beteiligung an einer Schlägerei, bei Beteiligung an Verbrechen lösen keine Entschädigungspflicht aus, insbesondere bei Infektionen. Ferner sind regelmäßig noch durch besondere Vertragsbedingungen ausgenommen Unfälle, die entstehen durch Kriegsereignisse, bürgerliche Unruhen, es sei denn, daß der Versicherte nicht fahrlässiger- oder vorsätzlicherweise in sie verwickelt wurde, bei Erdbeben usw. Unfälle bei Hochgebirgstouren fallen nicht unter die Versicherung, wenn sie nicht unter Leitung eines approbierten Bergführers unternommen werden oder in der alpinen Literatur von autoritativer Seite als gefahrlos bezeichnet werden. Dies kann praktisch werden z. B. bei geologischen und botanischen Exkursionen. Ebenso können auch bei solchen Exkursionen die Bestimmungen praktisch werden, die die meisten Versicherungsbedingungen, besonders die der bayrischen Universitäten, über Unfälle bei Wasserfahrten geben. Gefordert wird hier stets die Begleitung eines Bootsführers (Bootsführerin) oder sonst einer männlichen Person. Beim Baden und Schwimmen sind Unfälle nur soweit in die Versicherung eingeschlossen, als sie nicht den Tod des Versicherten zur Folge haben.

Regelmäßig sind auch Unfälle bei sportlicher Betätigung ausgeschlossen von der Versicherung, also auch solche, die sich bei akademischen Wettkämpfen und Olympiaden ereignen. Sonst beschränken sich die wenigen Hochschulen, die überhaupt eine Unfallversicherung für Anhänger des Turnens und des Sports eingeführt haben, darauf, nur die Unfälle in der ak. Turn-, Fecht- und Reithalle in die Versicherung einzubegreifen. (So z. B. Freiburg, Kolonialinstitut.)



Die richtige Berechnung der Prämie in der Unfallversicherung ist schwierig, da eine verhältnismäßige Konstanz der Unfälle von Jahr zu Jahr nicht vorhanden ist. In erhöhtem Maße gilt dies von der so jungen Unfallversicherung für Studierende. Es ergeben sich in dieser Hinsicht erhebliche Differenzen sowohl zwischen den einzelnen Hochschulen wie den einzelnen Semestern. Deswegen wird die Prämienberechnung in der Versicherung der Studierenden stets ein gewisser „Sprung ins Dunkle" bleiben und sich auch nach gewissen Eigentümlichkeiten jeder Hochschule zu richten haben. Als Unterlagen für die Prämienberechnung in der Hochschulversicherung kommen in Betracht:

1. die Unfallstatistik jeder Hochschule und aller zusammen,
2. die Höhe der vereinbarten Leistungen; insbesondere ist hier die Frage von Wichtigkeit, ob die kleinen Unfälle, die nur ein paar Tage Krankheit nach sich ziehen, von der Versicherungsgesellschaft entschädigt werden oder von den akademischen Krankenkassen übernommen werden und ob für Massenunglücke Höchstschadensummen ausgemacht sind,
3. der Umfang der Schadensersatzpflicht, einerseits das mehr oder minder große örtliche Geltungsgebiet, anderseits die sachliche Ausdehnung der Versicherung, insbesondere die Einbeziehung der Infektionskrankheiten,
4. der Umfang der versicherten Personenkreise, die Einbeziehung der guten neben den schlechten Risiken,
5. etwaige Prämiengarantien und Zuschüsse der versichernden Hochschule,
6. gute Gefahrenklassifikation nach Dauer und Betriebsgefährlichkeit der versicherten Tätigkeit,
7. die Dauer des Versicherungsvertrages,
8. die Konkurrenz.

Einheitlich ist demgemäß das Prämienwesen an den verschiedenen Hochschulen gar nicht gestaltet, auch nicht an verschiedenen Hochschulen, die einen ziemlich gleichen Komplex von Personen bei ein und derselben Gesellschaft versichert haben. Man kann als zwei Haupttypen hervorheben:

Einmal eine einheitliche Durchschnittsprämie für sämtliche Versicherte, zweitens Prämien, deren Höhe je nach den einzelnen versicherten Personenkreisen, wie Studierenden, Assistenten, Dozenten usw., gemäß der Gefährlichkeit ihres Berufs abgestuft sind.

In beiden Gruppen gibt es noch verschiedenartige Modifikationen. Eine wirkliche Einheitsprämie für den gesamten, ausgedehnten versicherten Personenkreis ohne irgendeine Gefahrenklassifikation hat Würzburg (0,50 M.), Erlangen (0,50 M.) und die Akademie Frankfurt, die Technischen Hochschulen Danzig und München. Leichter verständlich ist die Einführung einer Durchschnittsprämie da, wo nur Gruppen von ungefähr gleich gefährlicher Berufstätigkeit (wie die Studierenden der Militärärztlichen Akademie, die Studierenden der Technischen Hochschulen Karlsruhe, Stuttgart und der Handelshochschulen München und Cöln) in Betracht kommen.

Gewöhnlich wird für die Masse der versicherten Studierenden eine einheitliche Prämie erhoben und für die außerdem versicherungspflichtigen Personen, wie Dozenten, Diener usw., eine erhöhte Prämie bezahlt. Dies System haben die Universitäten Breslau, Greifswald, Göttingen, Münster, Rostock, Marburg, sowie die Technische Hochschule Hannover und das Kolonialinstitut. Umgekehrt erheben die Universitäten München und die Technische Hochschule Braunschweig weniger für ihr Kanzlei- und Dienstpersonal. Eine genaue Gefahrenklassifikation, auch unter den versicherten Studierenden kennt Jena, Freiburg, Gießen. Gießen erhebt von den versicherten Studierenden der Medizin und Naturwissenschaften usw. die doppelte Prämie (1 M.) wie von den übrigen Studierenden. Jena hat genaue Prämienstufen von 20 Pf. an für die, die nur Vorlesungen in der Physik, Mathematik, Chemie, Pathologie hören, über 50 und 65 Pf. für die Praktikanten der betreffenden Fächer bis hinauf zu 1,80 M. für die Kliniker. Die Universität Freiburg kennt das System der Fakultätsprämie und Zusatzprämie. Von jedem Studierenden wird eine Fakultätsprämie von 30 Pf. erhoben, von denen der Medizin aber von 60 Pf. Dazu kommen Zusatzprämien für Praktikanten, die ganztägige, und solche, die nur halbtägige Praktika belegt haben. Die Assistenten, Diener, Pedelle usw. sind zu den verschiedenartigst abgestuften Prämien versichert bis hinauf zu dem Fechtlehrer mit einer Prämie von 10 M. pro Semester. Die Höhe der Prämien an den einzelnen Hochschulen schwankt sehr bedeutend. Verhältnismäßig gering sind sie in Anbetracht der hohen Leistungen an den bayrischen Universitäten. Dort wirkt auf ihre Billigkeit ein einmal der weit ausgedehnte Versicherungszwang und der von den Hochschulen gezahlte Zuschuß. Durchschnittlich bewegen sich die Prämien auf der Höhe von 1 M. pro Semester, höher sind sie gewöhnlich für die neben den Studierenden versicherten Personenkreise.

Zur Verbilligung tragen die Zuschüsse bei, die einzelne Hochschulen zu den Prämien leisten (so Würzburg und Erlangen je 50 M., die Universität München 300 M. pro Semester, die Technische Hochschule Danzig 150 M. jährlich für Versicherung bei Exkursionen). Die Universität Gießen zahlt für jeden Studierenden eine Zusatzprämie von 65 Pf. Die Prämien für die Diener trägt in Bonn der Universitätsfiskus. Teilweise ist die Versicherung der Professoren, Dozenten in die Versicherung der Studierenden kostenfrei mit eingeschlossen, so an den Technischen Hochschulen Charlottenburg, Karlsruhe und München. An letzterer freilich nur, wenn die Zahl der versicherten Studierenden mindestens 1000, die Gesamtsumme der Prämien semesterlich mindestens 750 M. beträgt. Eben diesen Personenkreisen ist an einigen Stellen auch eine Zusatzversicherung gestattet, dergestalt, daß sie gegen eine erhöhte Prämie erhöhte Leistungen zu genießen berechtigt sein sollen (so an den Universitäten Breslau, Würzburg, München).

An der Technischen Hochschule Braunschweig und der Handelsschule Mannheim wird eine gemeinsame Prämie für Unfall- und

Krankenversicherung eingezogen, wovon natürlich nur ein bestimmter Prozentsatz an die Gesellschaften abgeführt wird.

Eine Dividenden- und Rabattgewährung findet sich an einigen Hochschulen, an anderen ist ausdrücklich darauf verzichtet worden.

Die Folgen eines Unfalls können verschiedener Art sein. Das betreffende Individuum kann den Tod erleiden, es kann von dauernder, sei es voller, sei es teilweiser Arbeitsunfähigkeit, der Invalidität, betroffen werden, oder die Folgen des Unfalls können in vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, völliger oder nur teilweiser in verschiedenen Stufengraden, bestehen. Für alle, aber nicht notwendig für alle diese Fälle kann eine Entschädigung vereinbart werden. So ist für den durch Unfall herbeigeführten Todesfall mitunter keine Entschädigung festgesetzt [Jena, Göttingen, (mit Ausnahme der Diener), an der Militärärztlichen Akademie, in Marburg für Studierende], ebenso fällt mitunter eine Entschädigung aus, wenn die akademische Krankenversicherung für die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit in Funktion tritt (Jena). Regelmäßig ist für die oben genannten drei Hauptfälle aber eine Entschädigung in Geld vereinbart, teils in Form eines Kapitals oder einer Rente. Diese Summen stufen sich bei jeder Hochschule einerseits nach der Schwere der Unfallfolgen, anderseits mitunter nach der Stellung der betroffenen Person ab.

Völlig einheitliche Leistungen für alle versicherten Personenkreise finden sich an fünf Universitäten, zwei Akademien, acht technischen und drei Handelshochschulen.

Was den Todesfall anbetrifft, so betragen die Entschädigungssummen für Studenten 0 M. (5mal), 1000 M. (2mal), 2000 M. (1mal), 3000 M. (5mal), 4000 M. (2mal), 5000 M. (18mal); für Dozenten 0 M. (1mal), 3000 M. (5mal), 4000 M. (1mal), 5000 M. (9mal) und 10 000 M. (Aachen); für Assistenten 0 M. (2mal), 3000 M. (6mal), 4000 M. (1mal), 5000 M. (15mal); für Verwaltungs- und Kanzleibeamte 1000 M. (1mal), 2500 M. (1mal), 3000 M. (6mal), 4000 M. (1mal), 5000 M. (10mal); für Diener 2000 M. (1mal), 2500 M. (1mal), 3000 M. (12mal), 4000 M. (2-mal), 5000 M. (8mal), 6000 M. (1mal).

Es beziehen also die Angehörigen von Beamten und Dienern in deren Todesfall im allgemeinen weniger als die der übrigen Personenkreise. Nur Jena und Göttingen gewährt ihnen 6000 M. und 3000 M., während für die übrigen Versicherten keine Entschädigung im Todesfalle festgesetzt ist. An der Technischen Hochschule Aachen rangieren zwei höhere Beamte unter die Gruppe der Professoren und würden mit diesen bei tödlichem Unfalle die erhöhte Entschädigungssumme von 10 000 M. beziehen. Am meisten verbreitet ist eine Kapitalentschädigung von 5000 M.

Für den Fall der Invalidität erfolgt gewöhnlich eine Entschädigung in Rentenform aus einem bestimmten Kapital, dergestalt, daß nach einer in den Versicherungsbedingungen mitgeteilten Tabelle aus je 1000 M. der vereinbarten Entschädigungssumme je nach dem Alter des Verunglückten ein bestimmter Betrag jährlich als lebenslängliche Rente gezahlt wird. Die Auszahlung der vereinbarten Entschädigung in Kapitalform bestimmen ausdrücklich nur Gießen und die bayri-

schen Universitäten, während Jena dem Verunglückten die Wahl läßt. Manchmal unterliegt die Ablösung der Rente auch den freien Vereinbarungen des Versicherten und des Versicherers im Einzelfalle: so an den Technischen Hochschulen München, Dresden, an den Universitäten Bonn, Breslau (unter Zuziehung des Rektors), Greifswald, Marburg. Eine Kapitalabfindung unter Abzug etwa schon gezahlter Renten wird in jedem Falle gezahlt bei Verlust aller Gliedmaßen oder der Sehkraft eines oder beider Augen. Für Tod und Invalidität zugleich wird natürlich keine gleichzeitige Entschädigung gewährt. Bei nur teilweiser dauernder Invalidität wird nicht die Rente aus der vollen Versicherungssumme gezahlt, sondern eine entsprechend geringere. Die Berechnung dieser Rente erfolgt auf Grund einer Verlustliste, die in den Versicherungsbedingungen abgedruckt ist. Für durch Unfall herbeigeführten Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit jedes Gliedes usw. wird ein bestimmter Prozentsatz von Invalidität angenommen. Gewöhnlich wird, wenn der Grad der Invalidität während der folgenden Jahre zu- oder abnimmt, eine entsprechend vergrößerte oder verringerte Rente gewährt. Nach Ablauf von 5 Jahren seit der erstmaligen Festsetzung kann dann aber eine weitere Herabsetzung oder Erhöhung der Rente nicht mehr erfolgen. Eine Gesellschaft hat sich in den Verträgen mit den bayrischen Universitäten in Rücksicht darauf, daß sie im Falle der Invalidität keine Rente, sondern Kapital zahlt, vorbehalten, die Auszahlung der Kapitalentschädigung um 3 Jahre hinauszuschieben, wenn bei Festsetzung des Invaliditätsgrades die Unabänderlichkeit dieses Invaliditätsgrades nicht außer Zweifel steht. Freilich muß sie dann aus dem erstmalig festgesetzten Entschädigungssatze 6 % Zinsen bezahlen. Die für Tod und Invalidität festgesetzte Entschädigung wird gezahlt, wenn diese Folgen spätestens innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sind. Die Summen, aus denen im Falle der Invalidität die nach dem Alter des Verunglückten und der Schwere des Unfalls berechneten Renten oder das entsprechende Kapital gezahlt werden, schwanken an den Hochschulen zwischen 10 000 M. und 25 000 M. Ausnahmsweise erhalten die Versicherten der Handelshochschule Mannheim nur 1000 M. im Invaliditätsfalle. Sonst kommen als Entschädigungssummen vor 10 000 M. (9mal), 12 000 M. (1mal), 15 000 M. (7mal), 18 000 M. (1mal), 20 000 M. (19mal), 25 000 M. (3mal); für Assistenten und Dozenten sind gewöhnlich die gleichen Summen vereinbart worden. Ausnahmsweise erhalten an der Technischen Hochschule Aachen die Dozenten und zwei höhere Beamte im Invaliditätsfall Renten aus 30 000 M. Für das Verwaltungs- und Kanzleipersonal, sowie für die Diener ist an manchen Stellen eine niedrigere Summe festgesetzt worden. Insbesondere schwanken die Summen für Diener zwischen 3000 M. und 15 000 M. Würzburg und Erlangen scheidet sogar noch zwischen ständigem und im Tagelohn beschäftigtem Dienstpersonal und spricht letzterem statt 12 000 M. nur 9000 M. (bzw. 3000 M.) Entschädigung zu.

Wichtiger als alle diese Bestimmungen über die Entschädigung bei tödlichem Unfall und Invalidität sind, weil sie häufiger praktisch

werden, die Entschädigungsvereinbarungen, die sich beziehen auf vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. An einigen Universitäten (Jena) wird gar keine Geldentschädigung gezahlt, da die akademische Krankenversicherung die Heilung des Verunglückten übernimmt. Im übrigen aber werden entweder festgesetzte Geldentschädigungen pro Tag für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt oder die tatsächlich entstandenen Kurkosten, d. h. die Kosten für Medikamente und ärztliche Behandlung bis zu einer Maximalsumme pro Tag ersetzt. (Bis 2 M. Frankfurt, bis 3 M. Marburg, Technische Hochschulen Darmstadt, Karlsruhe, Charlottenburg, Danzig.) Den Versicherten der Technischen Hochschule München wird außerdem eine tägliche Geldentschädigung von 1,50 M. für die Dauer ihres Krankenhausaufenthalts gezahlt. Die meisten Versicherungsgesellschaften berechnen die Vergütung in folgender Weise: bei voller Arbeitslosigkeit wird die pro Tag festgesetzte Geldentschädigung geleistet, bei mindestens halber Arbeitsfähigkeit die Hälfte des Betrages, bei weniger als halber Arbeitsfähigkeit nur die wirklich entstandenen Kosten für Medikamente usw. (Bonn, Breslau und die bayrischen Universitäten.) Überschreiten die tatsächlichen Kurkosten die angegebenen Beträge, so sind die tatsächlichen Kurkosten unter gewissen Einschränkungen zu bezahlen (bayrische Universitäten). Erlangen bestimmt ausdrücklich, daß auch da, wo keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, die Medikamente bezahlt werden müssen.

Die Tagegelder schwanken für Studierende zwischen 1 M. und 8 M. (Berlin) pro Tag, wenn nicht, wie in Jena und Stuttgart, überhaupt nichts gezahlt wird, da die akademische Krankenkasse die Verpflegung übernimmt. Am verbreitetsten ist die tägliche Entschädigung von 3 M., seltener kommen vor solche von 4 M. und 5 M., Kurkosten bis zu 3 M. werden ersetzt an den Technischen Hochschulen Charlottenburg, Danzig, München, Darmstadt, bis 6 M. z. B. an der Technischen Hochschule Breslau und an der Universität Marburg.

Sehr häufig ist eine Karenzzeit ausgemacht worden. Die Entschädigungszahlungen beginnen vom 4. Tage nach ärztlicher Behandlung ab z. B. in Münster! Marburg, Rostock, Aachen und der Militärärztlichen Akademie, vom 8. Tage ab z. B. in Hannover. In Gießen und Göttingen beginnt die Zahlung der täglichen Entschädigungssumme in Rücksicht auf die auf Grund der Krankenversicherung erfolgende Krankenbehandlung in den Kiniken erst vom 56. Tage ab, in Dresden vom 60. Tage ab, in Königsberg von der 9. Woche ab. Die Entschädigungen beziehen im allgemeinen auch die Versicherten, die auch im Falle der Erwerbsunfähigkeit etwaigen Gehalt weiter beziehen. Eine Ausnahme bilden an manchen Stellen die reichsrechtlich Versicherten, soweit sie noch privat versichert sind; ihnen werden die reichsrechtlich zustehenden Entschädigungen bis zur Hälfte der ihnen auf Grund der Hochschulversicherung zustehenden Beträge angerechnet (bayrische Universitäten). Für über 65 Jahre alte Versicherte ermäßigen sich häufig die Leistungen um die Hälfte (bayrische Universität, (Technische Hochschulen Breslau, Dresden, Charlottenburg). Meist ist die Entschädigungspflicht für Massenunfälle auf eine be-

stimmte Höchstschadensumme vertraglich begrenzt: so auf 100 000 M. an den bayrischen Universitäten, 60 000 M. an den Universitäten Bonn, Breslau, Gießen und den Technischen Hochschulen Darmstadt, Charlottenburg, auf 50 000 an den Technischen Hochschulen München und Dresden. In diese Summe teilen sich dann die Verunglückten nach der Zahl der Köpfe und der Schwere der Unfallfolgen.

Die Unfallversicherung der Studierenden an deutschen Hochschulen besteht ganz allgemein in der Form der privaten Kollektivversicherung. Denkbar wäre ja auch gewesen, den einzelnen Personen, in deren Interesse die Unfallversicherung liegt, seitens der Hochschulbehörde die Pflicht zur Einzelversicherung aufzuerlegen, denkbar auch, daß die einzelnen Hochschulen selbst als Versicherungsanstalten aufgetreten wären. Aus Rentabilitäts- und anderen Gründen jedoch wurde die Form gewählt, daß die versicherungspflichtigen Personenkreise durch die Universität als Versicherungsnehmerin bei einer Privatgesellschaft versichert wurden. Die Universität als juristische Person nimmt im eigenen Namen Versicherung im Interesse ihrer Studierenden usw. für „fremde Rechnung“. Vertragsparteien sind also Versicherungsgesellschaft und Hochschule, nicht die Versicherten. Letztere erhalten aber selbständige Rechte aus dem Versicherungsvertrag gemäß § 75 VVG. Die rechtliche Stellung der drei in Frage kommenden Interessenten war vor Inkrafttreten des VVG. in mancher Beziehung bestritten. Aber nach dem alten Recht richten sich nicht mehr allzuviel Verträge. Teilweise schlossen die Versicherungsgesellschaften nach dem Inkrafttreten des VVG. neue Verträge auf Grund der nach dem neuen Gesetz revidierten Versicherungsbedingungen ab, teilweise ist die Versicherung überhaupt erst nach Entstehung dieses Gesetzes eingerichtet worden. So stammen z. B. die Mehrzahl der mir zugänglichen Verträge aus der Zeit nach Inkrafttreten des Gesetzes (Bonn, München, Würzburg, Erlangen, Gießen, Technische Hochschulen Breslau, Darmstadt, Dresden, Handelshochschule Cöln, Kolonialinstitut). Anderseits richten sich die vor dem VVG. bestehenden Versicherungsverhältnisse, sofern sie nicht für den ersten Termin gekündigt werden, für den beide Teile zur Kündigung berechtigt sind, gemäß Art. 3 EGVVG. nach dem neuen Recht. Heute ist wohl ziemlich allgemein die Sachlage die, daß die aus der Versicherung sich ergebenden Rechtsverhältnisse nach dem VVG. beurteilt werden. Eine Ausnahme besteht z. B. in Göttingen; hier greifen bis zum 1. Oktober 1914 noch die alten Grundsätze Platz.

Das VVG. hat nur in wenigen Paragraphen die hier einschlägigen Rechtsfragen geordnet. Vertragskontrahent ist, wie schon erwähnt, die Hochschule als Versicherungsnehmerin; das Recht, für die Rechnung der Studierenden im eigenen Namen Versicherung zu nehmen, leitet sie her aus ihren öffentlich-rechtlichen Befugnissen, die ihr den Studierenden usw. gegenüber zustehen. Für die Versicherungsberechtigten würde die von ihr abgeschlossene Versicherung auf einen Auftrag zurückgehen, den der Berechtigte der Hochschule durch Einschreiben in die Liste der Versicherten, Anmeldung beim Sekretariat usw. erteilt.

Als Vertragskontrahentin stehen der Hochschule auch die aus dem Vertrage sich ergebenden Pflichten zu: Insbesondere die Pflicht zur Prämien- bzw. Beitragsleistung. Die Versicherungsgesellschaft kann hinsichtlich der Prämienzahlung also nicht auf die Studierenden zurückgreifen. Wohl aber hat im internen Verhältnis die Hochschule einen Anspruch auf Ersatz der Prämien seitens der Versicherten. Die Kenntnis der Hochschulbehörde von Gefahrumständen ist von Wichtigkeit, ebenso Verschulden bei Erfüllung von Anzeigepflichten.

Diesen Pflichten stehen wichtige Befugnisse gegenüber. Die Hochschule kann nach § 76 I VVG. über die Rechte der Versicherten im eigenen Namen verfügen, sie also z. B. auf dem Klagewege vertreten. Die Hochschule ist natürlich stets im Besitze des Versicherungsscheines, dessen Aushändigung sie allein nach § 75 Satz 2 VVG. verlangen kann. Nach VVG. § 75 II ist die Hochschule demgemäß zur Annahme der Entschädigungszahlung sowie zur Übertragung der Rechte des Versicherten auch ohne dessen Zustimmung befugt. Das erstere ist besonders wichtig. Einige Versicherungsbedingungsformulare bestimmen ausdrücklich, daß die Zahlung der Leistungen ganz allein an die Hochschule zu erfolgen hat, so daß der Versicherte ganz ausscheidet, z. B. die des Allg. D. Versicherungsvereins. In den übrigen Fällen wäre die Gesellschaft gemäß § 76 III VVG. befugt, die Zahlung an die Universität usw. erst dann zu leisten, wenn der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt. Dieser Fall kommt aber für die Hochschule, wo entweder zwangsweise oder fakultativ die Versicherung eingeführt ist, nicht in Frage.

Während bis zum Inkrafttreten des VVG. die Rechtsstellung des Versicherten zweifelhaft war, stehen ihm gemäß § 75 Satz 1 VVG. grundsätzlich ipso jure alle Rechte aus dem Vertrag zu. Dagegen treffen ihn Vertragspflichten grundsätzlich nicht, da er außerhalb des Vertrages bleibt. Trotzdem hat er in der Praxis eine ganze Reihe von Obliegenheiten zu erfüllen, wenn er seines Anspruchs nicht verlustig gehen will. Höchst bedeutungsvoll sind nämlich für den Versicherer die Kenntnis von gewissen Umständen, deren Mitteilung durch den Versicherten zwar nicht als einklagbare Verpflichtungen, aber als Vorbedingungen seines Anspruchs, condiciones sine qua non zu gelten haben. Die schuldhafte Unterlassung dieser für die Versicherungsgesellschaften so bedeutsamen Anzeigen berechtigen sie nämlich unter Umständen zum Rücktritt vom Vertrage. Es handelt sich hier in erster Linie um die schuldhaft unterlassene Mitteilung von Gefahrserhöhungen und stattgefundenen Unfällen. Gerade hinsichtlich der Unfallmeldung enthalten die Verträge scharfe Bestimmungen in Rücksicht auf das Interesse der Gesellschaft an schleuniger Unfall- und Entschädigungsfeststellung. Namentlich finden sich scharfe Bedingungen über die Mitteilung eines tödlichen Unfalls. Von dem Eintritt des Todes ist der Gesellschaft unverzüglich telegraphisch Mitteilung zu machen, und zwar innerhalb 24 Stunden (bayrische Hochschulen, Technische Hochschulen Dresden und Darmstadt), 36 Stunden (Handelshochschule Cöln), 48 Stunden (Bonn und Breslau), 3 Tage (Greifswald; alle, die bei dem A. D. Vers. Verein Stuttgart versichert

sind) nach Eintritt bzw. Kenntnis des tödlichen Unfalls. Diese Todesanzeige hat von den Rechtsnachfolgern an die Hochschulbehörde zu erfolgen, an manchen Stellen (Darmstadt, Dresden, Handelshochschule Cöln) aber auch direkt an die Gesellschaft. Die Hochschulbehörde ihrerseits ist verpflichtet, die Unfallanzeige unverzüglich am nächsten Werktag weiterzugeben. Auch die Anzeige von Infektionen hat unverzüglich bei auftauchendem Verdacht zu erfolgen.

Die Frist für die Anzeige gewöhnlicher Unfälle ist im allgemeinen länger bemessen. Die Unfallmeldung hat hier innerhalb einer gewissen Zeit (von 3 bis 14 Tagen) beim Agenten oder der Gesellschaft selbst zu erfolgen. Für die Einhaltung dieser Frist ist die Hochschule als Versicherungsnehmerin verantwortlich. Die Technische Hochschule Hannover bestimmt ausdrücklich, daß der Versicherte nur dem Sekretariat Mitteilung zu machen hat. Dies ist auch die Regel bei den Universitäten und übrigen Hochschulen. Daneben treffen den Versicherten noch andere Pflichten. Innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, gewöhnlich von 2, mitunter (ADVV.) von 4 Tagen nach dem Unfall hat er einen Arzt hinzuzuziehen und überhaupt alles zu tun, was zur Verhütung von Unfallfolgen geschehen muß. Oft muß er sogar selbst die Kosten des Heilverfahrens tragen (Bonn). Weiter hat der Arzt innerhalb einer bestimmten Frist (meist 14 Tage) einen Bericht einzusenden. Den von der Gesellschaft beauftragten Ärzten muß der Versicherte jederzeit Zutritt gewähren und ihren Anordnungen, eventuell auch der Unterbringung in einer Heilanstalt, Folge leisten. Die Kosten trägt die Versicherungsgesellschaft, meist jedoch nur bis zu einer gewissen Summe pro Tag. Den Ärzten sowie den Vertretern der Gesellschaft gegenüber hat der Versicherte eine weitgehende Auskunftspflicht.

Die Rechtsnachfolger des Versicherten haben unter Umständen im Todesfall auch in die Sektion der Leiche auf ihre Kosten einzuwilligen. Nur an den bayrischen Universitäten werden sämtliche Kosten der Unfallmeldung und Feststellung (also auch der Sektion) von der Versicherungsgesellschaft getragen. Eine Verletzung dieser Pflichten zieht den Verlust sämtlicher Ansprüche gegenüber der Versicherungsgesellschaft nach sich, sofern nicht bewiesen wird, daß den Versicherten (bzw. den Versicherungsnehmer) weder Vorsätzlichkeit noch grobe Fahrlässigkeit bei der nicht oder nicht rechtzeitig erfolgten Anmeldung getroffen haben. Den Beweis der Exkulpation hat der Versicherte bzw. Versicherungsnehmer zu führen.

Die dem Versicherten zustehenden Rechte erleiden durch die einzelnen vertraglichen Abmachungen hin und wieder noch ganz bedeutende Einschränkungen. Einmal können die Rechte des Versicherten vor der endgültigen Feststellung der Entschädigung ohne ausdrückliche Zustimmung der Gesellschaft weder übertragen noch gepfändet werden. Eine Gesellschaft hat sogar die Bedingung in ihre Verträge aufgenommen, daß alle Ansprüche der Versicherten, wenn sie nicht innerhalb 3 Monate nach Eintreffen eines ablehnenden Bescheides gerichtlich geltend gemacht werden, als erloschen gelten. Die Rechte und Ansprüche, die dem Versicherten gegenüber Dritten,



z. B. Eisenbahnen usw., aus Unfällen, die unter die Versicherung fallen, zustehen, gehen im allgemeinen nicht auf die Gesellschaft über, sondern verbleiben dem Versicherten. Nach den Verträgen der bayrischen Universitäten erleidet diese Bestimmung eine Ausnahme dahin, daß unter gewissen Umständen die Ansprüche auf Grund der gesetzlichen Haftpflicht bis zur Höhe der Entschädigungsleistung auf die Gesellschaft übergehen.

Der wichtigste Anspruch des Versicherers ist der auf die Prämien- bzw. Beitragszahlung seitens des Versicherungsnehmers. Nach allgemeinen Grundsätzen ist zwecks Erzielung eines rationellen und rentablen Geschäfts die Prämie je für die Dauer der Versicherungsperiode, d. h. eines Semesters vorzuleisten. Dies stößt aber bei den eigentümlichen Verhältnissen an den Hochschulen auf Schwierigkeiten. Denn während das Semester am 15. April und 15. Oktober anfängt und die Studierenden, Dozenten usw. teils von diesem Zeitpunkt, teils von dem Zeitpunkt der Immatrikulation an versichert sind, erfolgt die mit den Belegen erfolgende Einziehung der Prämie seitens der Hochschulverwaltung bis zu einem Monat später. Demgemäß haben die meisten Gesellschaften den Termin zur Zahlung der Prämien und Beiträge auf den 20 Juni bzw. 20. Dezember festgesetzt. Die definitive Abrechnung erfolgt am nächsten Zahlungstermin. Einige Gesellschaften sind so kulant, die Zahlung der Prämie erst am Schlusse des Semesters zu verlangen. Eine Gesellschaft verlangt 6 Wochen nach offiziellem Semesterschluß eine runde Zahlung auf Grund der von der Quästur geführten Listen. Definitive Regulierung findet am Semesterschluß statt. Ebenso zahlt die Technische Hochschule München an ihren Versicherer nach 6 Wochen eine vorläufige Prämie für 1000 Köpfe a conto der späteren definitiven Abrechnung. Von den bayrischen Universitäten verlangt die versichernde Gesellschaft Vorausbezahlung der Prämie in dem Betrage, wie die Gesamtprämie für das vorletzte Semester endgültig festgesetzt war. Definitive Regelung am Semesterschluß; die Zahlung erfolgt gegen Prämienquittung. In einigen Fällen wird bei Zahlung der Prämie ein Rabatt gewährt (Darmstadt 10 %). Die Quästur Freiburg bezieht 5 % Vergütung für Einziehung der Prämien. Auch Dividende bis zu 20 % kommt vor (Greifswald). Mitunter wird auf sie verzichtet gegen Befreiung jeder eventuellen Nachschußpflicht seitens des Versicherungsnehmers (Freiburg). Leistungsort ist nach § 36 VVG. der Sitz der Hochschule. Doch hat sie auf ihre Gefahr dem Versicherer die Prämie zu übermitteln. In Göttingen erfolgt die Prämienzahlung z. B. an den Agenten.

Den Rechten des Versicherers stehen mannigfache Pflichten gegenüber: in erster Linie die der Entschädigungszahlung im Versicherungsfalle. Die Auszahlung der Entschädigungssummen im Todesfalle und, soweit Kapitalzahlung in Frage kommt, im Invaliditätsfalle erfolgt nach den neuesten Vertragsbedingungen innerhalb 14 Tagen nach der Festsetzung der Entschädigung (während ältere Versicherungsbedingungen die Frist auf 4 Wochen festsetzten). Die Invaliditätsrenten werden nach der Feststellung sofort bis zum

nächsten Kalenderquartal, von da ab vierteljährlich im voraus bezahlt. (Auch hier brauchte nach einigen alten Vertragsbedingungen eine Zahlung erst nach acht Monaten einzutreten.) Die Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit wird teilweise erst nach Beendigung der ärztlichen Behandlung (Kolonialinstitut, Bonn), teilweise monatlich gegen Vorlegung eines ärztlichen Attestes postnumerando gezahlt (München). Die Auszahlung der Entschädigungssummen erfolgt teils nur an die Hochschulen, teils haben diese von ihrem Recht, allein Zahlung nach § 76 II VVG. verlangen zu dürfen, keinen Gebrauch gemacht. Eine Gesellschaft zahlt an die Versicherten direkt unter Benachrichtigung der Universität. An die Versicherten der bayrischen Universitäten zahlt die betreffende Versicherungsgesellschaft ebenfalls direkt mit Genehmigung der Universitäten, aber was die Technische Hochschule München und die Universität Würzburg betrifft, ausdrücklich nur an das Direktorium der Hochschule gegen deren Quittung. Eine andere Gesellschaft zahlt an den Rektor der . . . . . . Hochschule gegen gemeinsame Quittung desselben und des Versicherten bzw. seines Rechtsnachfolgers. Ebenso bestimmen die Versicherungsbedingungen einer großen Versicherungsgesellschaft scharf, daß Anspruch auf Zahlung ganz allein dem Versicherungsnehmer zusteht.

Die Gesellschaften haben laut Vertrag innerhalb einer bestimmten Frist nach ihrer Kenntnisnahme vom Unfall, gewöhnlich vier Wochen, über ihre Stellungnahme zur Entschädigungspflicht eine Erklärung abzugeben. Für den Fall des Streites über die Festsetzung der Unfallentschädigung und Zahlungspflicht sind besondere Abmachungen in den Versicherungsbedingungen getroffen. Über die Tatfragen entscheidet durchweg eine Ärztekommission. Solche Tatfragen als Voraussetzungen des Anspruchs sind z. B. die Frage, ob Tod, Invalidität, welcher Grad der Invalidität, ob und in welchem Grade und auf welche Zeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt, wie lange die Dauer der Kurzeit beträgt usw.

Die Kommission besteht gewöhnlich aus drei Ärzten, und zwar einem Obmann der Gesellschaft, einem Obmann des Anspruchserhebenden und einem Kreisarzt, Hochschullehrer bzw. Leiter einer öffentlichen Heilanstalt. Ein Rekurs gegen die Entscheidung der Kommission soll keinem der Interessenten zustehen. Über die Rechtsfrage dagegen, d. h. über die Frage, ob überhaupt eine Entschädigungspflicht in Frage kommt, entscheiden im allgemeinen die ordentlichen Gerichte. Nur an den bayrischen Universitäten entscheidet auch über die Rechtsfrage, ob überhaupt eine Entschädigungspflicht vorliegt, ein Schiedsgericht. Dieses setzt sich zusammen aus je einem Obmann der Gesellschaft und der Universität sowie einem Vorsitzenden. Einigen sich die Obmänner nicht über das von ihnen zu wählende dritte Mitglied, so wird der Präsident des Verwaltungsgerichtshofes München um die Ernennung ersucht. Über die Tragung der Kosten entscheidet das Schiedsgericht selbst. Gegen den Anspruch des Schiedsgerichts ist nach den Verträgen der Rechtsweg ausgeschlossen. Die Bestimmung der Verträge, daß gegen die Feststellung der Schadenshöhe oder einzelner

Voraussetzungen des Anspruchs durch ärztliche Sachverständige ein Rekurs nicht stattfinden könne, widerspricht m. E. dem § 184 VVG. Danach sind die getroffenen Feststellungen nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch richterliches Urteil. Eine Vereinbarung, welche von dieser Vorschrift abweicht, ist nichtig.

Die Verträge zwischen den Hochschulen und Gesellschaften sind regelmäßig auf eine längere Reihe von Jahren, nämlich bis zu zehn, abgeschlossen. Die vor 1908 abgeschlossenen Verträge führten meist noch die Bestimmung, daß sie, falls sie eine gewisse Zeit vor ihrem Ablauf nicht ausdrücklich gekündigt würden, für die gleiche Zeitdauer oder doch für einen größeren Zeitabschnitt stillschweigend weiterlaufen sollten. Die nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes abgeschlossenen Verträge haben gemäß § 8 VVG. diese stillschweigende Verlängerung auf nur ein Jahr festgesetzt, und auch für die alten Verträge kommt dieser Schutzparagraph zugunsten des Versicherungsnehmers in Frage. Auch laufen sie gemäß § 7 VVG. vom Mittag des Anfangstages bis zum Mittage des Schlußtages, nicht wie früher manchmal von Mitternacht zu Mitternacht.

Unabhängig von der Dauer des Versicherungsvertrages ist Beginn, Dauer und Ende der Versicherung der Versicherten. Der Beginn der Versicherung ist für die einzelnen Personengruppen und je nach den einzelnen Hochschulen verschieden. An den bayrischen Universitäten und an der Technischen Hochschule Darmstadt sind die Versicherungspflichtigen vom Tage des satzungsmäßigen Semesterbeginns ab bis zum April des folgenden Semesters, die Versicherungsberechtigten von dem auf dem Beitritt folgenden Tage an versichert. Teilweise beginnt die Versicherung der Studierenden erst mit dem Mittage des Tages, an dem sie sich zur Immatrikulation melden, ganz unabhängig von der Prämienzahlung (Technische Hochschulen Breslau, München, Dresden), teilweise erst von dem Tage ab, an dem sie an den Übungen, Vorlesungen, Exkursionen teilnehmen (Bonn, Breslau), aber vorausgesetzt, daß sie die Prämie schon bezahlt haben.

Die Versicherung der Assistenten und des Verwaltungs-, Dienst-, Kanzleipersonals beginnt durchweg mit dem Tage ihrer Einstellung, die der Versicherungsberechtigten, also vorwiegend der Dozenten, mit dem Tage ihrer Anmeldung zur Quästur. Die Dauer der Versicherung erstreckt sich für Studierende auf das ganze Semester, manchmal auch auf die anschließenden Ferien (Bonn, Breslau). Das Dienst-, Kanzlei- usw. Personal ist ein für allemal dauernd versichert. Auch die zur Versicherung Berechtigten können sich ein für allemal dauernd versichern.

Beendigungsgründe der Versicherung sind, abgesehen vom Ablauf des Vertrages:

1. Ausscheiden aus dem Hochschulverband, z. B. bei der Exmatrikulation, oder aus den Diensten der Hochschule.

2. Wegen erlittener Unfälle kann unter Umständen der einzelne Versicherte ebenfalls aus der Versicherung ausgeschieden werden.

Nach einem Schadenfalle nämlich steht durchweg den Gesellschaften das Recht zu, innerhalb 14 Tagen die Versicherung zu kündigen, unbeschadet jedoch der durch den Unfall erworbenen Rechte. Nach den neuesten Vertragsbedingungen einer großen Gesellschaft ist die Kündigung nur auf den Schluß des Semesters zulässig. Nach den Versicherungsbedingungen einer anderen Gesellschaft erlischt die Versicherung im Invaliditätsfalle und Todesfalle (dies ist selbstverständlich) für den Verletzten sofort. Gewöhnlich erfolgt keine Prämienrückgewähr. Nur in wenigen Verträgen (so der Universität Bonn, Breslau, H. H. Cöln) ist bestimmt, daß bei Kündigung durch die Gesellschaft 75 % unverdienter Prämie pro rato temporis für den Rest der Versicherungsdauer zurückbezahlt werden. Daß bei Eintritt von schwerem Siechtum, Geisteskrankheit, Invalidität von 60 %, (45 %, 40 %) Epilepsie bei einem Versicherten für diesen die Versicherung erlischt, ist schon oben bei der Besprechung der Beschränkung der Versicherungsfähigkeit erwähnt worden.

In den letzten Jahren sind an den Universitäten, Technischen Hochschulen, Handelsschulen Unfälle von großer Schwere erfreulicherweise nicht häufig vorgekommen. Ein tödlicher Unfall hat sich im Studienjahr 1911/12 in München ereignet. Fälle von dauernder teilweiser Invalidität sind in geringer Anzahl vorgekommen, nämlich durch Verlust des Augenlichts und Bruch eines Fußes. Unter den Unfällen sind deutlich drei Gruppen zu unterscheiden: Einmal Unfälle, die sich infolge von Explosionen von Retorten usw., infolge von Verätzungen und Verbrennungen durch Säuren, infolge von Schnittwunden an Glas, infolge von Quetschungen usw. ergeben. Sie kommen häufig und in erster Linie in chemischen und physikalischen Laboratorien vor. Die zweite Gruppe umfaßt die Infektionen und Blutvergiftungen, namentlich bei Leichensektionen; sie ist auch häufig unter den Anatomiedienern (Bonn). Die dritte Gruppe der Unfälle ereignete sich gewöhnlich bei Exkursionen. Hier herrschen vor: Verstauchungen, Knochenbrüche, Ausgleiten mit folgendem Bluterguß, Stürze usw.

Die am meisten gefährdeten Körperteile sind Hände und Augen. Durch eine Explosion sind in Königsberg z. B. ein Finger und zwei Glieder eines zweiten Fingers weggerissen worden. Bindehautverbrennungen waren verhältnismäßig häufig, ja der Verlust eines Auges durch Glassplitter und Säuren war viermal zu beklagen. Auch beim Reiten und Turnen haben sich Unfälle ereignet. Die Unfälle haben alle versicherten Personenkreise betroffen: die Studierenden, den Lehrkörper, einschließlich der Assistenten, häufig aber das Dienstpersonal, was vielleicht auf mangelnde Vorsicht dieser Gruppe zurückzuführen ist.

Die Frage der Rentabilität der Versicherung ist natürlich bei dem nicht einheitlich organisierten Versicherungswesen an den deutschen Hochschulen auch nicht einheitlich zu beantworten. Eine gewisse Vorstellung läßt sich am besten gewinnnen aus einer Gegenüberstellung von Prämieneinnahmen und Entschädigungszahlungen durch mehrere Semester hindurch. Dies ist, soweit Material zu er-



halten war, geschehen für die letzten sechs Semester. Die folgenden Mitteilungen sind nicht vollständig, da an manchen Hochschulen die Regelung der Zahlung ohne Vermittlung und ohne Benachrichtigung der Hochschule erfolgt und die Versicherungsgesellschaften im Interesse ihres Geschäfts keine Auskunft geben.

Es ergibt sich:

An Prämien sind in den letzten sechs Semestern zusammen gezahlt worden:

An 13 Universitäten und der Militärärztlichen Akademie sowie der Akademie Frankfurt rund 104 200 M. von den Versicherungspflichtigen, also in erster Linie Studierenden, außerdem rund 13 600 Mark für Versicherungsberechtigte (600 M. Zuschuß von Erlangen und Würzburg eingeschlossen) (Diener usw.), zusammen rund 117 800 Mark, d. s. pro Semester über 19 600 M. An 10 Technischen Hochschulen sind in den letzten drei Jahren gezahlt worden rund 42 000 M. von Studierenden, rund 3000 M. von den übrigen Versicherten, zusammen rund 45 000 M., oder rund 7500 M. prò Semester. An 2 Handelsschulen und dem Kolonialinstitut sind gezahlt worden rund 6900 M. von Studierenden, rund 3100 M. von den übrigen Versicherten, zusammen 10 000 M. oder pro Semester 1500 bis 1600 M. Alles in allem ergibt, daß an 28 Anstalten innerhalb von sechs Semestern die Summe von über 172 000 M. an Prämien geleistet worden ist, oder rund 28 700 M. pro Semester. In welchem Verhältnis sich diese Summe auf Studierende, Dozenten, Assistenten, Dienst- und Verwaltungspersonal verteilt, war an der Hand des zur Verfügung stehenden Materials nicht stets genau festzustellen. Ebenso war die absolute Zahl der versicherten Personen, sowie ihre Verteilung auf die oben erwähnten Gruppen nicht zu ermitteln.

Wohl aber war bei vielen Anstalten die Höhe der Entschädigungen innerhalb von sechs Semestern zu ermitteln. Den oben angegebenen Prämien gegenüber war die entsprechende Gegenleistung nicht voll festzustellen. Prämien, denen gegenüber die Leistungen nicht festzustellen waren, bleiben daher ohne Berücksichtigung.

An 10 Universitäten sowie der Militärärztlichen Akademie standen einer Prämienzahlung von 90 600 M. innerhalb von sechs Semestern eine Entschädigungsleistung von 42 300 M. innerhalb desselben Zeitraums gegenüber, an 4 Technischen Hochschulen einer Prämienzahlung von rund 21 500 M. Entschädigungen in Höhe von 8600 M., an 2 Handelshochschulen und dem Kolonialinstitut Prämienzahlungen von rund 10 000 M. Auszahlungen in Höhe von bisher 375 M. gegenüber, zusammen betrugen also an 18 Anstalten bei Prämienzahlungen in Höhe von insgesamt 121 900 M. innerhalb von sechs Semestern die Entschädigungen insgesamt einige tausend Mark mehr als 51 500 M. innerhalb desselben Zeitraums. Man kann also mit Recht behaupten, daß das Versicherungsgeschäft im allgemeinen für die Gesellschaften recht einträglich gewesen ist. Für die einzelnen Universitäten verschiebt sich allerdings das Bild. Ein einziges Mal wurde sogar der Versicherungsvertrag, nämlich der der Universität Bonn, seitens der Gesellschaft gekündigt, aber nach Herabsetzung der Leistungen im übrigen wieder für gültig erklärt.

An der Universität München ergibt sich etwa das Bild, daß innerhalb der Jahre 1907 bis 1912 einer Prämieneinnahme von rund 47 500 Mark Entschädigungssummen von 40 849,30 M. innerhalb des gleichen Zeitraums entsprechen. In Rostock soll die Gesellschaft ebenfalls bisher kein großes Geschäft gemacht haben. Äußerst günstig aber ist die Lage für die Gesellschaften, wenn die Krankenkasse einige Wochen die Heilung der Unfallfolgen übernimmt. Am Kolonialinstitut sind seit sechs Semestern überhaupt keine Entschädigungen zur Auszahlung gelangt, wohl aber wurden im ganzen an Prämieneinnahmen 2139,37 M. erzielt. An der Universität Gießen wurden an Studierende ebenfalls keine Entschädigungen gezahlt, da bis zum 56. Tage die akademische Krankenkasse die Behandlung frei übernimmt, wohl aber 4576 M. Prämien eingezogen. In den Kliniken dieser Universität wurden dagegen 1913,73 M. gezahlt gegenüber einer Prämieneinnahme von — 1802,73 M.

Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der jetzt bestehenden Einrichtungen ließen sich nach verschiedenen Richtungen hin machen. Dringend erwünscht wäre eine Besserung der Rechtsstellung des Versicherten, namentlich müßte die Pflicht der Anmeldung eines Todesfalls oder einer Infektion nicht an so geringe Fristen wie 24 Stunden usw. geknüpft sein. Selbst wenn bei Überschreitung der Frist keine Fahrlässigkeit in Frage kommt, fällt die Exkulpationsbeweislast stets dem Versicherten bzw. seinem Rechtsnachfolger zu. Bei Eintritt eines wirklich schweren Unglücks aber kann auch die fahrlässige Unterlassung der Anmeldung des Unfalls leicht erfolgen im Hinblick auf die physische Erregung des Versicherten oder seiner Rechtsnachfolger, z. B. seiner Eltern. Außerdem ist an mancher Hochschule für die Verbreitung der Kenntnis über Angelegenheiten der Unfallversicherung, namentlich der die Versicherten treffenden Pflichten, nicht immer gut gesorgt. Weiter wäre zu wünschen die ausgedehnte Einführung der Infektionsklausel (vielleicht nach Münchener Muster), die allgemeine Versicherung gegen Unfälle bei Sport und Turnen, auch bei akademischen Olympiaden, die allgemeine Einbeziehung auch der Unfälle, die sich auf Hin- und Rückweg zum Lehrgebäude ereignen, auch wenn es sich um Radunfälle handelt. Schließlich wäre zu fordern, daß allen Studierenden, ganz gleich welcher Fakultät, und allen Personen, die der Universität sonst angehören, wenigstens Versicherungsberechtigung gegen eine entsprechende Prämie gewährt werde.

Eine Vereinheitlichung des Versicherungswesens an deutschen Hochschulen durch die Schaffung einer Allgemeinen Deutschen Hochschul-Versicherungskasse, wie sie Dr. *P. v. Salvisberg* 1897 vorschlug, ist durch die Entwicklung nicht verwirklicht worden und wäre in Anbetracht der verschiedenen Interessen der einzelnen Hochschulen auch kaum durchführbar.

Landwirtschaftlich-genossenschaftliche Lebensversicherungs-Unternehmungen.

Von Dr. jur. Wuttig (Berlin).

Einige fast völlig in Vergessenheit geratene Projekte auf dem Gebiete des Versicherungswesens aus dem Anfang der 1870er Jahre haben Anlaß zur Entstehung einer geschichtlichen Studie gegeben, die soeben unter dem Titel „Versicherungs- und Genossenschaftswesen als wechselseitige Hilfsorganisationen"[1]) erschienen ist. Es sind Projekte des Schöpfers des deutschen ländlichen Genossenschaftswesens *F. W. Raiffeisen,* mit Hilfe seiner Genossenschaftsorganisation und anderseits für diese Genossenschaftsorganisation eine große landwirtschaftliche Lebensversicherungsgesellschaft ins Leben zu rufen.

Um sie zu würdigen, bedarf es eines kurzen Eingehens auf die Besonderheiten der *Raiffeisen*schen ländlichen Kreditgenossenschaften, der sogenannten Spar- und Darlehnskassen-Vereine. Für dieses ländliche, nach *Raiffeisen* organisierte Genossenschaftswesen ist entscheidend die Beschränkung des Wirkungsgebiets der Kreditgenossenschaft auf einen unbeschadet der Lebensfähigkeit möglichst kleinen Bezirk, meist ein Dorf oder ein Kirchspiel. Diese Beschränkung hat naturnotwendig zur Folge, daß die einzelne Genossenschaft nicht befähigt ist, im wirtschaftlichen Leben vereinzelt und selbständig dazustehen. Sie bedarf infolge des unvollkommenen Geldausgleichs innerhalb des Bezirks der Anlehnung an eine Stelle, die ihr jederzeit das überschüssige Geld abnimmt und im Bedarfsfalle den erforderlichen Kredit gewährt. Sie bedarf ferner infolge der Nebenamtlichkeit der Verwaltung einer Stelle, die es sich zur Aufgabe macht, die fachmännisch nicht vorgebildeten Verwaltungsorgane zu unterstützen, zu belehren und zu kontrollieren, so daß die aus der nichtfachmännischen Leitung sich möglicherweise ergebenden Nachteile ausgeschaltet werden.

Aus den genannten Besonderheiten des ländlichen Genossenschaftswesens ergibt sich als sein Kennzeichen die Schaffung derartiger Hilfs- und Ergänzungsstellen, in pekuniärer Beziehung der *Genossenschaftsbanken,* in organisatorischer Beziehung der *Anwaltschafts- und Revisionsverbände.* Genossenschaft und Genossenschaftsbank ist daher als wirtschaftliche, Genossenschaft und Genossenschaftsverband als organisatorische Einheit anzusehen.

Noch ein drittes Element des ländlichen Genossenschaftswesens kommt als wichtiger Faktor hier in Betracht, die von *Raiffeisen* bewußt gewollte Versorgung des kleinen Landwirts mit *längerfristigem Kredit.*

---

[1]) Versicherungs- und Genossenschaftswesen als wechselseitige Hilfsorganisationen. Eine geschichtliche Studie von Dr. jur. *Wuttig,* Mitglied des Vorstands des Generalverbandes ländlicher Genossenschaften für Deutschland. Band 5 der Deutschen ländlichen Genossenschaftsbücherei. Berlin 1914. Verlag des Generalverbandes ländlicher Genossenschaften für Deutschland. e. V.



Die Versuche *Raiffeisens,* den genannten Eigenarten seiner lokalen Kreditgenossenschaften durch besondere Organisationen gerecht zu werden, fallen in den Beginn der 1870er Jahre, nachdem er seine ersten Versuche auf dem genossenschaftlichen Gebiet bereits zu Ende der 1840er Jahre angestellt hatte, beides in seiner engeren Heimat, im Westerwald in der Rheinprovinz. Als Ziel sah *Raiffeisen* die Schaffung einer dauernden Organisation, eines Rückhalts für die lokalen Genossenschaften und einer genossenschaftlichen Geldausgleichsstelle an. Sein erstes Ergebnis war die für seine rheinischen Vereine geschaffene Rheinische landwirtschaftliche Genossenschaftsbank. Er dachte sich diese Bank bei weiterer Ausbreitung seiner Genossenschaften in allen Provinzen und Bundesstaaten wiederholt.

Jedoch verkannte *Raiffeisen* nicht, daß die weitgehenden Aufgaben, die er seiner Kreditgenossenschaft zugewiesen hatte, die Förderung der wirtschaftlich Schwachen und die nicht nur auf das wirtschaftliche Gebiet beschränkte, sondern in der Hauptsache auf das geistig-sittliche Gebiet ausgedehnte Hebung der Landbevölkerung, nicht vollkommen würden erfüllt werden können, wenn er nicht noch weitere Maßnahmen träfe. In erster Linie interessierte ihn hierbei, wie aus der 1872 erschienenen 2. Auflage seines Hauptwerkes hervorgeht, die *Förderung der Lebensversicherung.* Er führt dort aus, daß die Lebens-, Pensions- und Rentenversicherung bei der ländlichen Bevölkerung fast noch keinen Eingang gefunden habe. *Die Organisation der Darlehnskassenvereine könnte leicht dazu benutzt werden, eine derartige Versicherung auf Gegenseitigkeit auch bei dem ärmsten Teil der Landbevölkerung einzuführen.* Mit der Einbürgerung der Lebensversicherung bei der Landbevölkerung durch seine Genossenschaftsorganisation sah *Raiffeisen* jedoch das Maß der Möglichkeiten durchaus nicht für erfüllt an. Vielmehr schien ihm nicht nur die Nutzbarmachung der Genossenschaftsorganisation für die Versicherung, sondern umgekehrt auch die Nutzbarmachung wesentlicher Elemente des Versicherungswesens für seine Genossenschaftsorganisation denkbar und dringend erwünscht.

Sein Plan ging auf nichts weniger als darauf, die sich bei diesem landwirtschaftlichen Lebensversicherungs-Institut ansammelnde *Prämienreserve* über den nächsten Zweck der Versicherung hinaus *den Versicherten nutzbar* zu machen.

In welcher Weise sich die Versuche *Raiffeisens,* seinen Gedanken in die Tat umzusetzen, vollzogen haben, läßt sich aus seiner organisatorischen Arbeit in den Jahren 1872 bis 1874 ersehen. Seine rheinischen Genossenschaften waren, wie gesagt, in einer provinziellen Genossenschaftsbank zusammengefaßt. In den Nachbargebieten begann der genossenschaftliche Gedanke ebenfalls Wurzel zu schlagen, und so wurden auf *Raiffeisens* Betreiben 1874 weitere provinzielle Genossenschaftsbanken im Großherzogtum Hessen und in Westfalen geschaffen, und zwar wie die rheinische als eingetragene Genossenschaften mit unbeschränkter Haftpflicht und ohne eigenes Kapital.

Aber schon 1872 trug sich *Raiffeisen* mit weitergehenden Plänen. Er hielt den Geldausgleich, d. h. die Befriedigung des Geldbedürfnisses



der einen, kapitalarmen Gruppe von Genossenschaften mit Mitteln der Einlagen wohlhabender Genossenschaften innerhalb einer Provinz für nicht ausreichend. Daher sah er die rheinische Genossenschaftsbank und die damals projektierten weiteren Genossenschaftsbanken keineswegs als Abschluß seiner Organisationstätigkeit an, sondern forderte für diese vorhandenen und die noch zu schaffenden Provinzbanken eine *Zentralbank.* Aufgabe dieses Instituts sollte außer seiner Funktion als Rückhalt und Interessenvertretung aller ländlichen Genossenschaften der *zentrale Geldausgleich* sein, d. h. die Annahme überschüssiger Gelder der Provinzbanken und besonders die Hingabe des erforderlichen längerfristigen Kredits an die geldbedürftigen in Provinzbanken zusammengefaßten Bezirke. Die in Aussicht genommene Konstruktion als Genossenschaft mit unbeschränkter Haftpflicht gab dem geplanten Zentralinstitut zwar eine enorme Sicherheit, da nicht nur die Provinzbanken als Genossenschaften mit unbeschränkter Haftpflicht den Gläubigern der Zentralbank hafteten, sondern ebenso die örtlichen Kreditgenossenschaften mit unbeschränkter Haftpflicht und demgemäß die sämtlichen Mitglieder auch dieser örtlichen Genossenschaften. Dem Zentralinstitut *fehlte* aber für seine Aufgabe mindestens zu Anfang das erforderliche *Kapital,* vor allem langfristiges Kapital.

Dieser Mangel war es vor allem, von dem sich der Gedanke *Raiffeisens* ableitete, ein Lebensversicherungsinstitut zu errichten, welches „sämtliche nötigen Geldmittel reichlich liefern würde". Die Schaffung eines Zentralinstituts sollte gleichzeitig die Ausdehnung des Genossenschaftswesens über ganz Deutschland garantieren. Denn *Raiffeisen* war von der Richtigkeit der Idee durchdrungen, in *einem* Vorgehen, wie er sich ausdrückte „von oben nach unten", zu organisieren und so zunächst das Zentralinstitut und alsdann die provinziellen und lokalen Institute zu schaffen. Auch war er überzeugt, daß die Zentralbank erforderlich sei, um leichter die Konzession für das Lebensversicherungsunternehmen zu erreichen, da eben diese Konzession auch nicht für einzelne Provinzen, sondern alsbald mindestens für das ganze Königreich Preußen herbeigeführt werden sollte.

Dieses *Lebensversicherungsunternehmen* sollte demnach *das der Zentralbank fehlende eigene Kapital ersetzen,* und zwar durch unentziehbares Kapital. Mit Recht sah *Raiffeisen* in der Prämienreserve eines Lebensversicherungsunternehmens ein seiner Natur nach geradezu unkündbar zu nennendes Kapital, welches in ganz besonderem Maße geeignet war, dem „obersten Bankgrundsatz" zu seinem Rechte zu verhelfen, den *Raiffeisen* dadurch angeblich verletzte, daß seine Genossenschaftsinstitute auf längere Frist Geld ausliehen, als es ihnen von ihren Gläubigern überlassen war.

Jedoch war die praktische Verwendung der Prämienreserve eines beliebigen Versicherungsunternehmens nicht der letzte Gedanke *Raiffeisens,* sondern das Institut sollte ebenso wie die genossenschaftliche Zentralbank auf der ländlichen Bevölkerung beruhen, ***Träger und Nutznießer beider Institute demnach die gleichen Kreise sein.*** Es ist also der neuerdings wieder so stark leitende Gedanke, die aus länd-

lichen — genossenschaftlich organisierten — Kreisen für die Lebensversicherung aufgebrachten Mittel *über den nächsten Versicherungszweck hinaus wiederum der Landbevölkerung,* in diesem Fall der genossenschaftlich organisierten Landbevölkerung, *nutzbar zu machen.* Es ist derselbe Gedanke, der seinen Ausdruck findet in der Kritik, die die Vertreter des Gedankens der öffentlich-rechtlichen Lebensversicherung an der Anlagetätigkeit der privaten Versicherungsunternehmungen mit oder ohne Grund üben. Sie bemängeln bei diesen bekanntlich die Bevorzugung städtischer Anlagen, obwohl die Versicherten zu einem nicht unerheblichen Prozentsatz der Landbevölkerung angehören.

Diese Kritik der Anlagetätigkeit der Versicherungsunternehmungen in den genannten Richtungen kann aber nur als berechtigt angesehen werden, wenn Abhilfe angeboten wird. Mit der *Forderung* der Berücksichtigung des Landes bei der Anlage der Prämienreserve ist es nicht getan, denn das platte Land stellt bekanntermaßen dieser Art der Anlage ganz außerordentliche Schwierigkeiten entgegen. Es seien nur zwei der offenkundigsten genannt: die Notwendigkeit, die Gelder in kleinen und kleinsten Teilbeträgen anzulegen, soll wirklich den Bedürfnissen weiterer Kreise der Landbevölkerung nach Anlagekredit genügt werden, und weiter die Notwendigkeit einer Dezentralisation der Geschäftsorganisation der Versicherungsunternehmungen, die es ermöglicht, diese Anlagen mit der nötigen Sicherheit vorzunehmen. Beides sind Elemente, die sich nur sehr schwer mit der im Interesse der Versicherten ebenfalls zu fordernden Rentabilität der Anlagetätigkeit vereinigen lassen. Bis zur Gegenwart hat es zumeist an einer den Versicherungsgesellschaften zur Verfügung stehenden aufs äußerste dezentralisierten Organisation gefehlt, die die Durchführung einer im Interesse der Landbevölkerung zu wünschenden Anlagetätigkeit wie der angedeuteten gestattet hätte.

Raiffeisen erkannte deutlich das Korrelat zu seiner Kritik der Anlagetätigkeit und glaubte, es bieten zu können. Wenn er auch in der Hauptsache nicht die Befriedigung des Anlagekreditbedarfs der Landbevölkerung mit den Geldern des Versicherungsunternehmens im Auge hatte, so bot er mit seinem Genossenschaftsaufbau doch jedenfalls eine *festgefügte Organisation zur Annahme der Anlage suchenden Prämienreserve.* Wenn auch in *anderer Form, als gegenwärtig* versucht wird, erreichte damit *Raiffeisen* die *weitere Nutzbarmachung der im Wege der Prämienzahlung aufgebrachten Kapitalien für die Versicherten.*

Nicht weniger bedeutsam wie die gebotene Anlagemöglichkeit für die Kapitalien der Versicherungsgesellschaft muß die von *Raiffeisen* geplante *Verwendung des zunächst für die Kreditorganisation geschaffenen genossenschaftlichen Aufbaues für das Versicherungswesen* erscheinen. Denn die von ihm geplante Benutzung seiner Genossenschaftsorganisation war geradezu die Lösung für die aus ähnlichen Gründen wie den angedeuteten resultierenden *Schwierigkeiten des Propaganda-, Akquisitions- und Inkassogeschäfts der Versicherung auf dem Lande.* Die eingangs kurz geschilderte Genossenschaftsorganisation ist nämlich durch die Zusammenfassung der Dorfein-

gesessenen in örtliche Genossenschaften aufs äußerste dezentralisiert. Diese lokalen Instanzen finden sich ferner nicht zusammenhanglos verstreut, sondern sind zweckmäßig in Provinzen oder Bundesstaaten und schließlich zu einheitlicher Führung in einer Zentralstelle zusammengefaßt. In der unteren Instanz, der örtlichen Kreditgenossenschaft, waren schon zu der in Frage stehenden Zeit in der Regel alle geistig regsamen und gemeinnützig denkenden Ortsbewohner vereinigt. Sie konnte daher nach *Raiffeisens* Ansicht zweckmäßig gleichzeitig die *„Unteragentur“* für eine landwirtschaftliche Lebensversicherung werden. Den Provinz- und Landesstellen standen wiederum mit Land und Leuten vertraute Persönlichkeiten vor, die auch dem Versicherungswesen nützlich sein konnten, wenn sie ihre Erfahrungen aus der genossenschaftlichen Tätigkeit und ihr Ansehen auch diesem Gebiet dienstbar machten. Waren diese Stellen nun schon ohnedies mit einem vollständigen Arbeits- und Beamtenapparat ausgestattet, so konnten sie als die gegebenen *„Hauptagenturen“* eines landwirtschaftlichen Lebensversicherungsunternehmens gelten.

Mit Recht konnte daher *Raiffeisen* in seiner *Genossenschaftsorganisation die gegebene Hilfsorganisation für die Lebensversicherung* sehen. Sie bedeutete aber noch mehr, sie war damals geradezu Voraussetzung für eine Erfolg versprechende Inangriffnahme der Versicherungsarbeit auf dem Lande. Die enge Verbindung zwischen Versicherungs- und Genossenschaftsorganisation, die als Voraussetzung für die Nutzbarmachung der Versicherung für das Genossenschaftswesen in den verschiedenen genannten Richtungen zu nennen war, war also auch Voraussetzung für eine erfolgreiche Wirksamkeit des Lebensversicherungsunternehmens. Die *Hilfsstellung der beiden Wirtschaftsorganisationen* war nach dem *Raiffeisen*schen Organisationsplane demnach *wechselseitig.*

Aus diesem Verhältnis ergab sich für *Raiffeisen* von selbst die Notwendigkeit, daß beide Organisationen, unbeirrt durch anderweitige Aufgaben, dem Endziel seiner Arbeit, der Wohlfahrt der Landbevölkerung, dienstbar gemacht würden. Es ergab sich daher für ihn ohne weiteres der Wunsch, wie die Kreditorganisation so auch die Organisation der Lebensversicherung selbst in die Hand zu nehmen. So gehen denn seine ersten Pläne ausnahmslos auf die Schaffung einer *eigenen Lebensversicherungsorganisation,* und mit Scheitern dieser Pläne fällt dann auch die Möglichkeit weg, in der geplanten umfassenden Weise die beiden Tätigkeitsgebiete einander dienstbar zu machen.

Ist also ein eigenes Versicherungsunternehmen nötig und soll sich dieses in der angedeuteten Weise der Genossenschaftsorganisation bedienen, so folgt ohne weiteres, daß *Raiffeisens* Pläne auf ein *einheitliches Versicherungs- und Kreditinstitut* hinauslaufen mußten.

Aus dem Streben nach Erzielung voller Einheitlichkeit der Organisation ergibt sich nun auch die Bedeutung der Versuche *Raiffeisens* aus jener Zeit für die Geschichte seiner Organisationspläne auf dem Gebiete des Genossenschaftswesens. Denn die Versuche der einheitlichen Organisation für Versicherungs- und Genossenschaftswesen waren demnach gleichzeitig Versuche einer nochmaligen obersten Zusammen-

fassung seiner lokalen und provinziellen Organe. Während die Funktionen der Zentralstelle auf dem Gebiete des Kreditwesens oben bereits angedeutet worden sind, ergab sich für das Gebiet der *Lebensversicherung* noch das Bedürfnis nach einer Zentralstelle zur Erfüllung der *Direktionsaufgaben* oder wenigstens der Aufgaben einer *„Generalagentur“*. Die provinziellen „Hauptagenturen“ und die lokalen „Unteragenturen“ waren in den Provinzbanken und den lokalen Kreditgenossenschaften, wie gesagt, bereits vorgesehen.

Zunächst plante Raiffeisen, *vorhandene Institute* für seine Pläne zu benutzen. 1872 versuchte er, die Landwirtschaftliche Kreditbank in Frankfurt a. M. zur Zentralstelle zu gewinnen, der alsdann ein Lebensversicherungsunternehmen angegliedert werden sollte. Der Plan scheiterte an dem Mangel an Verständnis für die Bedeutung der Funktionen des Versicherungsunternehmens bei den leitenden Persönlichkeiten des Frankfurter Instituts. Weiter gehört hierher der unmittelbar folgende Organisationsplan aus dem Februar 1873, der die Umwandlung der *Deutschen Lebens-, Pensions- und Rentenversicherungsgesellschaft a. G. zu Potsdam* zu einem einheitlichen Versicherungs- und Kreditinstitut vorsah. Der Gedanke wurde jedoch vor dem praktischen Versuch seiner Durchführung zugunsten neuer, eigener Zentralinstitutspläne aufgegeben.

Diese Organisationsprojekte sind in ihrem Wesen gleichartig, wenn auch in der Form recht verschieden. Zunächst wurde 1873 eine *Deutsche landwirtschaftliche Generalbank,* alsdann eine *Deutsche landwirtschaftliche Kredit- und Lebensversicherungsanstalt a. G.,* eingetragene Genossenschaft, geplant. Diese sollte auch in der Form, also rechtlich, ein einheitliches Institut sein. Schon mit diesem Projekte beschäftigte sich das zur *Erteilung der Konzession für das Versicherungsinstitut zuständige Preußische Ministerium des Innern.* Auf seine ablehnende Haltung hin zerlegte man das einheitliche Institut im Jahre 1874 in zwei *rechtlich getrennte Unternehmungen* für Kredit- und für Versicherungswesen, die (zweite) *Deutsche landwirtschaftliche Generalbank,* eingetragene Genossenschaft, und die *Arminia, deutsche landwirtschaftliche Lebensversicherungsanstalt a. G.*

Durch eine Reihe gemeinschaftlicher Einrichtungen, namentlich durch den organisatorischen Aufbau der „Arminia“ auf der Generalbank und eine statutarisch vorgesehene Personalunion in den wichtigsten Ämtern sollte aber die notwendige Einheit erhalten bleiben. Aber auch diese statutarische Verbindung vermochte die *ministerielle Genehmigung nicht* zu finden. *Raiffeisen* versuchte demnach ein Lebensversicherungsinstitut auf nichtgenossenschaftlicher Grundlage aufzubauen und dieses *vertraglich* zur Erfüllung der Funktionen als Kreditinstitut heranzuziehen. An dem Widerstand der beteiligten genossenschaftlichen Kreise scheiterte auch dieser Plan, und es blieb als einziger Ausweg die *Rückkehr zu einer Anlehnung an ein vorhandenes Institut übrig, die schließlich zur rechtlichen und wirtschaftlichen Trennung der Funktionen führte.* Die Anlehnung erfolgte an ein vorhandenes Lebensversicherungsinstitut, die *Lebensversicherungs- und Ersparnisbank zu Stuttgart,* während für die Kreditzwecke eine eigene

Zentralbank, die noch heute bestehende *Landwirtschaftliche Zentral-Darlehnskasse für Deutschland,* im Jahre 1876 geschaffen wurde.

Der Verzicht auf ein eigenes Versicherungsunternehmen bedeutete im Ergebnis den *Verzicht auf wesentliche Teile des angestrebten Erfolges.* Denn kein vorhandenes wohl organisiertes Versicherungsinstitut würde wohl bereit sein, sich der jungen, viel befehdeten und großenteils erst auf Papier bestehenden Genossenschaftsorganisation zuliebe innerlich und äußerlich umzugestalten. So *fällt* denn mit der Anlehnung an die Stuttgarter Lebensversicherungsbank a. G. (Alte Stuttgarter) *die Wechselseitigkeit der Hilfsfunktionen weg,* und nur der Gedanke *Raiffeisens* gelangt zur Durchführung, der die Dienstbarmachung der Genossenschaftsorganisation gegenüber dem Versicherungsgedanken zum Ziele hat.

Versucht man den Gründen nachzugehen, die zu den Mißerfolgen *Raiffeisens* in seinen umfassenden Plänen geführt haben, so ist kurz folgendes zu sagen. Die zur Konzession des Lebensversicherungsunternehmens zuständigen Instanzen vermochten nicht die eine so außerordentliche Steigerung des genossenschaftlichen Risikos mit sich bringende Zentralorganisation auf unbeschränkter Haftpflicht zu billigen. Sie sahen in ihr und ihrer Verwendung für ferner liegende Aufgaben wie die der Lebensversicherung vielmehr eine „Gefährdung des mühsam erreichten Guten“. Obwohl die genossenschaftliche Organisation der Konzessionspflicht nicht unterliegt, wurde sie in die Frage der Konzessionierung notwendigerweise hineingezogen, da bei den verschiedenen Projekten das Versicherungsinstitut einmal von dem Zentralinstitut selbst, das andere Mal in unmittelbarer Verbindung und in Personalunion mit ihm geschaffen werden sollte. Tatsächlich ist demnach die Anfang der 1870er Jahre von *Raiffeisen geplante Art der genossenschaftlichen Zentralorganisation Ursache seines Mißerfolges auf dem Gebiete der Organisation der Lebensversicherung geworden.*

Wenn demnach auch mit der Anlehnung der *Raiffeisen*schen Genossenschaftsorganisation an die Stuttgarter Lebensversicherungsbank a. G. der wichtigste Teil der großzügigen Organisationspläne *Raiffeisens* 1876 scheiterte, so war, wie angedeutet, trotzdem der Versicherungsgedanke damit für *Raiffeisen* nicht erledigt. Vielmehr arbeitete dieser in der übernommenen Generalagentur mit Nachdruck für die Einbürgerung der Lebensversicherung in der ländlichen Bevölkerung und erreichte dadurch immerhin für seine Organisation auf diesem Gebiete eine führende Stellung. Wie aus den den Untersuchungen beigegebenen Tabellen ersichtlich, haben die Jahresbeträge neu abgeschlossener Versicherungen in der *Raiffeisen*schen Genossenschaftsorganisation allmählich eine nicht unbeträchtliche Höhe erlangt, so im Jahre 1911 2¼ Millionen Mark überschritten.

Ferner haben sich *Raiffeisen* selbst und seine Nachfolger nicht der Zweckmäßigkeit weiterer Versicherungsbetätigung verschlossen, vielmehr auch auf dem Gebiete der *Feuer-, Haftpflicht-, Vieh-, Einbruchdiebstahl-, Veruntreuungs-, Transport-, Unfall-, Valoren-, Hagel- und Maschinenversicherung* eine zum Teil recht erhebliche Tätigkeit entwickelt. Der *Raiffeisen*sche Zentralverband, der Generalverband

ländlicher Genossenschaften für Deutschland in Berlin, besitzt demgemäß seit mehreren Jahrzehnten als Vermittlungs- und Beratungsstelle seiner Genossenschaften eine eigene *Zentralabteilung für Versicherungswesen,* die sich auch die weitere Einbürgerung des Versicherungsgedankens in der genossenschaftlich organisierten Landbevölkerung zur Aufgabe macht.

Die Untersuchungen über die Tätigkeit auf den verschiedenen Versicherungsgebieten konnten auch auf die *sonstigen deutschen Genossenschaftsorganisationen* erstreckt und auch in dieser Richtung zum ersten Male zusammenhängend die Tätigkeit der einzelnen Organisationen dargestellt werden. Namentlich der Zentralverband deutscher Konsumvereine in Hamburg hat in den letzten Jahren in ganz außerordentlichem Umfange dem Versicherungsgedanken zur praktischen Durchführung in seinen Kreisen verholfen.

Wenn es sich auch bei den dargestellten Organisationsprojekten *Raiffeisens* in der Hauptsache um praktisch wenig erfolgreiche Versuche gehandelt hat, so kann ihnen wohl ein Interesse auch für die Gegenwart nicht abgesprochen werden. Zeigen sie doch die natürlichen Zusammenhänge zwischen Versicherungs- und Genossenschaftswesen in besonders deutlichem Licht, wie anderseits auch die aus der Wesensverwandtschaft beider Wirtschaftszweige sich ergebenden Möglichkeiten wechselseitiger Nutzbarmachung. Es sind Gedanken, die, wenn man ihnen näher nachgeht, vielleicht auch für die Jetztzeit nicht alle Bedeutung verloren haben. Jedenfalls dürften die Leistungen der *Raiffeisen*schen und der sonstigen deutschen Genossenschaftsorganisationen auf dem Gebiete des Versicherungswesens vielen Versicherungspraktikern nur wenig bekannt sein. Und so hat wohl wenigstens die zahlenmäßige Wiedergabe dieser Leistungen, wie sie bisher nirgends erfolgt ist und ein besonderes Kapitel der angeführten Arbeit ausmacht, ein gewisses Interesse nicht bloß für genossenschaftliche, sondern auch für Versicherungskreise.

Sprechsaal.

Einige Bemerkungen zur Doppelversicherung im Falle des § 60 VVG.

Vom Geheimen Justiz- und Oberlandesgerichtsrat K. Schneider (Stettin).

In der „Leipziger Zeitschrift für deutsches Recht“ 1914 S. 263 bespricht Professor *Kisch* den § 60 Abs. 2 Satz 2 des VVG. und bezeichnet ihn als „unzweckmäßige Bestimmung“, als „durchaus verfehlt“ und „nicht genügend durchdacht“. Ich möchte dagegen Verwahrung einlegen, nicht weil die Sache ein namhaftes praktisches Interesse hätte; sondern um das durchweg trefflich gearbeitete, aber nicht immer zutreffend ausgelegte VVG. gegen Vorwürfe hochzuhalten, die jedenfalls übertrieben sind. Weit zurückhaltender urteilt *Kisch* in seinem später erschienenen Aufsatze in der „Zeitschrift für Handelsrecht“, Bd. 75, S. 221, insbesondere S. 238, 252.

Freilich habe ich selber seinerzeit in meinem Kommentare zu diesem Gesetze den § 60 als eine unvollkommene gesetzgeberische Schöpfung hingestellt und habe seine Einfügung *durch den Bundesrat* in die ursprüngliche Gesetzesvorlage bedauert, — schon weil sie praktisch fast wertlos ist und doch gelegentlich zu vielen Weiterungen Anlaß geben kann. Sie belastet in der Tat das Gesetz durch einen zu wenig wichtigen Billigkeitsgedanken, wie das ja jetzt so besonders häufig bei den durch parlamentarische Weisheit „verbesserten“ Gesetzen zu beobachten ist.

Daß aber an sich ein gesunder Gedanke darin steckt, wenn er auch eine nicht allzu glatte Form des Ausdrucks gefunden haben mag; und wenn er vielleicht sogar ohne Schaden an der Gerechtigkeit entbehrlich war, scheint mir unleugbar. Zur Begründung meiner von *Kisch* abweichenden Ansicht möchte ich folgendes sagen.

§ 60 handelt von einer ohne Vorwissen des Versicherungsnehmers entstandenen Doppelversicherung und über die dann später auf dessen Verlangen zulässige Herabsetzung der Versicherungssumme und der Prämie der Versicherer. Absatz 2 sagt wörtlich: Diese Herabsetzung wirke „von dem *Beginne der Versicherungsperiode* an, in welcher sie verlangt wird. Hatte die *Gefahr* für den *einen* Versicherer schon zu laufen begonnen, bevor der Vertrag mit dem *anderen* Versicherer geschlossen wurde, so wird dem *ersten* Versicherer gegenüber die Herabsetzung erst mit dem Zeitpunkte wirksam, in welchem sie verlangt wird“. (Der entsprechende, neugefaßte § 788 Abs. 2 HGB. sagt: „von dem Beginne der Versicherung an,“ da bei der Seeversicherung die Versicherungsperioden fehlen.)

Das Nächstliegende und die einfachste Lösung wäre freilich gewesen, die Herabsetzung der Prämien dem Versicherungsnehmer erst vom Augenblicke seines Aufrufens der Doppelversicherung an zuzugestehen. Soll sie noch weiter rückwärts, bis auf den Anfang der laufenden Versicherungsperiode, in der das Aufrufen erfolgt, wirken, — *da ja die Prämie auch in solchen, dem Versicherer lästigen Falle*

„unteilbar" sein muß, — so ist das also ein besonderer, dem arglosen Versicherungsnehmer aber deshalb nicht zu Unrecht zugewendeter Vorteil.

In der Tat soll nun nach Satz 1 im Abs. 2 des § 60 ein solcher Vorteil gewährt werden; nur will Satz 2 davon wieder eine Ausnahme machen.

Man nehme folgende beiden Beispiele, die zur Verdeutlichung unentbehrlich sind und sich an das von *Kisch* gewählte anlehnen.

	X	Y	X	Y
Versicherer	X	Y	X	Y
Versicherungsbeginn	1. Mai 1910	1. Oktober 1910	1. Mai 1912	1 Oktober 1912.
Doppelversicherung also	1. Oktober 1910		1. Oktober 1912	
Aufrufen der Doppelversicherung	1. Dezember 1912		1. Dezember 1912	
Beginn der beim Aufrufen laufenden Versicherungsperiode	1. Mai 1912	1. Oktober 1912	1. Mai 1912	1. Oktober 1912

Die Prämienlast änderte sich, wenigstens der Regel nach, in beiden Beispielen ab 1. Mai oder 1. Oktober 1912, statt wie bei jener einfachen Lösung erst ab 1. Dezember 1912. Da aber *X* einige Zeit die Gefahr *allein* getragen hat, — im ersten Beispiele allerdings vor mehreren Jahren, — so soll er, abgesehen von der ihm im Abs. 3 zugesprochenen „Geschäftsgebühr", etwas günstiger behandelt werden als *Y*, also der Versicherungsnehmer etwas mehr an Prämie für die laufende Versicherungsperiode zahlen. Das fällt natürlich bei gleichzeitigem Abschlusse der beiden die Doppelversicherung erzeugenden Versicherungsverträge weg und hat im ersten Beispielsfalle auch nicht viel Wert; ebensowenig schließt es bei *X*, der dann also *zu voll* bis zum 1. Oktober 1912 die Prämie einziehen darf, die lästige Berechnung einer vollen und von da ab einer anteilig herabgesetzten Prämie (für den Rest der laufenden Versicherungsperiode) aus.

Professor *Kisch* meint nun zunächst, das Gesetz habe ebensogut die Prämienherabsetzung sich bis zum Beginne der Doppelversicherung selbst erstrecken lassen können. Gewiß hätte das dem Gesetze zugestanden; und seine Regel kommt auch bei Versicherungsverhältnissen, bei denen Versicherungsperioden fehlen, auf ein derartiges Ergebnis hinaus. Im übrigen ist aber doch zu sagen, daß die vom Gesetze gewählte Regelung nicht unberechtigt ist, da die Rechnungen der Versicherungsanstalten über die Zeit früherer Jahre abgeschlossen sind; und da beide Versicherer damals immer mit der Möglichkeit voller Entschädigung *rechnen* mußten, obwohl allerdings in den verflossenen Versicherungsperioden die Gefahr nicht eingetreten, auch in Wahrheit schon geteilt war. Der Versicherungsverkehr und mit ihm das Gesetz betrachtet ja, wie auch die hierher gehörige Begündung zeigt (die der ersten Reichstagsvorlage S. 121, die der zweiten S. 76), das Gefahrtragen als Leistung des Versicherers (*mein* Kommentar zum VVG. S. 39); und es wäre deshalb von diesem Standpunkte aus nicht einmal unbillig gehandelt, würde die Herabsetzung der Prämie erst von dem Zeitpunkte des Aufrufens, also der Kenntnis, es sei nur eine Gefahr anteilig zu tragen, zugelassen. Zu einer Zurückbeziehung der Prämienminderung sogar auf den ursprünglichen Beginn der Versicherung liegt also recht wenig Veranlassung vor. Quieta non movere!

Doch wendet sich Professor *Kisch* weniger hiergegen, als vielmehr gegen die auf der anderen Seite vorgenommene Begünstigung des ersten Versicherers.

Man wird jedoch seinen Tadel auch hier nicht anzuerkennen haben.

Satz 2, mit obigen Beispielen verglichen, besagt, das Aufrufen der Doppelversicherung solle deshalb gegen *X* nicht schon mit dem Beginne der ihm gegenüber laufenden Versicherungsperiode eintreten, — wie es die Regel ist, also am 1. Mai 1912, — sondern erst mit dem Aufrufe, also am 1. Dezember 1912, weil *er* vom 1. Mai 1910 bis 1. Oktober 1910 oder doch vom 1. Mai 1912 bis 1. Oktober 1912 die Gefahr *allein* getragen habe. Versicherer *Y* solle sich dagegen solche Herabsetzung der Prämie schon mit dem Beginne der ihm gegenüber laufenden Versicherungsperiode, —also, *regelrecht,* mit dem 1. Oktober 1912, — gefallen lassen, da er, wenngleich ohne sein Wissen, immer nur die *halbe* Gefahr und nie eine *volle* Gefahr getragen habe.

Professor *Kisch* meint jedoch, es sei schlechterdings nicht einzusehen, weshalb nicht, — in diesem Ausnahmefalle also, — auch für *X* die Herabsetzung der Prämie mit dem 1. Oktober 1912 beginnen solle. Es sei völlig unverständlich, „daß *X und Y* für die Zeit vom 1. Oktober bis 1. Dezember gegen die Folgen der Prämienherabsetzung (im Gegensatze zum Prinzipe des Satzes 1) geschützt sind, obwohl sie während dieses Zeitraums gleichmäßig die Gefahr tragen, also zum wechselseitigen Ausgleich berechtigt sind.“ So S. 265.

Die Worte „und Y“ sind von mir unterstrichen, weil sie einen offensichtlichen Irrtum enthalten. Denn gerade *Y* ist ja, der Regel des Satzes 1 entsprechend und weil die begünstigende Ausnahme des Satzes 2 für ihn *nicht* gilt, „nicht geschützt“. *Er* verliert die halbe Prämie in der Tat schon vom 1. Oktober 1912 ab.*)

Im übrigen muß man zur Rechtfertigung des Gesetzes in diesem zweiten Punkte, der Ausnahme seiner Regel, nicht nur insoweit auf die „Begründung“ sehen, als sie sagt: die Herabsetzung erfolge deshalb, weil mit dem Eintritte der Doppelversicherung am 1. Oktober die Gefahr sich teile. Man hat vielmehr *außerdem* ihren weiteren, oben schon angedeuteten Grund zu beachten (S. 121 a. a. O. oder S. 76), daß der *erste* Versicherer in Fällen solcher Art zu begünstigen sei, — durch Prämienbelassung *bis zum Aufrufen* durch den Versicherungsnehmer,— wenn er vor Eintritt der Doppelversicherung, einerlei, ob in der laufenden Versicherungsperiode oder früher, eine Zeit lang die Gefahr *allein* getragen habe. Denn er hat dann im Sinne des Gesetzes und nach der gängigen Verkehrsauffassung durch das „Gefahrtragen“ und an solchem *mehr* geleistet, als der nicht so zu begünstigende zweite Versicherer.

Auch diese Anordnung des Gesetzes hat also einen gewissen verständigen Grund. Es ist nicht unbillig, daß dem Versicherer *X* ein Vorteil auf Kosten seines Versicherungsnehmers, des späteren Doppelversicherungsnehmers, — abgesehen von der „Geschäftsgebühr“ des Abs. 3! — zugewandt wird. Daß diese Zuwendung gerade sehr geschickt erdacht ist, und daß sie im raschen Zuge die Zeit des doch nur *halben* Gefahrtragens bei *X* einfach überspringt, — im 2. Beispiel vom 1. Oktober 1912 bis 1. Dezember 1912, — mag man tadeln. Weniger gekünstelt und einfacher wäre es ja, wie schon gesagt, *beide Versicherer gleichzubehandeln* (also durch Prämienherabsetzung schon und erst bei Teilung der Gefahr am 1. Oktober). Auch hat es nicht

[1]) Beiläufig. Auch in S. 264 muß ein Irrtum oder Druckfehler stecken, wenn es hier heißt: „daß der *Versicherer nicht sogleich,* nachdem er von ihr erfährt, von seinem Ermäßigungsrecht Gebrauch macht“. Oder zielt das auf § 51 VVG.?

gerade viel Sinn, solches Alleintragen der Gefahr noch aus den früheren Jahren mit in Betracht zu ziehen, wozu dann freilich, praktisch angesehen, wohl selten Gelegenheit sein wird. Jedenfalls erfolgte diese Gleichbehandlung auf Kosten des arglosen Versicherungsnehmers; soll dem vorgebeugt werden, so mag man auch die Ausnahme davon mit in den Kauf nehmen!

Ein ungezwungenes Ergebnis hat die Regel des Absatzes 2 Satz 1 nur, wenn die beiden Versicherungen, gleichzeitig oder fast gleichzeitig abgeschlossen werden, was ja, wenn es überhaupt geschieht, meist der Fall sein mag. Hier kann in der Tat zugunsten des Versicherungsnehmers bis zum Beginn der laufenden Versicherungsperiode zurück *jede* Prämie auf die Hälfte, genauer auf den verhältnismäßigen Anteil herabgesetzt werden. Diese Regel, die man zum Vorteile des durch die Doppelprämie ahnungslos überlasteten Versicherungsnehmers doch für richtig halten darf, wird aber, wenn in dieser Versicherungsperiode *auch noch die volle Gefahr,* nämlich bis zum Eintritt der Doppelversicherung, von einem der Versicherer, der zuerst abschloß, getragen wurde, ungerecht und bedarf deshalb doch noch einer Berichtigung, wie sie Satz 2 mit mehr oder weniger Geschick angestrebt hat. § 60 bietet also nicht viel; aber doch weit besser Durchdachtes, als ihm die Kritik von *Kisch* zugestehen will.

Daß dann aber auch, insofern das Gesetz nicht bloß eine weniger einfache Lösung gefunden, sondern geradezu einen Fehler begangen hätte, dahin gehend, daß der Doppelversicherungsnehmer, der erst nach Beendigung der versicherten Reise von der Doppelversicherung erfährt „eine Herabsetzung überhaupt nicht mehr verlangen" könne (*Kisch* a. a. O., S. 266), ist einfach unzutreffend. Weshalb sollte das Aufrufen, nötigenfalls im Wege der Rückforderung der zu viel gezahlten Prämie, nicht gegen den *zweiten* Versicherer wirken? Absatz 4 sieht wenigstens nicht so aus, als ob das ausgeschlossen wäre; und in der I. Reichstagskommission wurde dieser Standpunkt, freilich gegen die Stimme eines Mitgliedes, verschiedentlich eingenommen, auch seitens des Regierungsvertreters (S. 55, 58, 59).

Bei länger dauernden Versicherungsverhältnissen kann übrigens, wie ich noch hinzufügen möchte, selbst nach dem Aufrufen infolge *Fallens* des Versicherungswertes unversehens wieder eine Doppelversicherung eintreten, — nicht infolge *Steigens* des Versicherungswertes, wie es irrig in meinem Kommentar — S. 246 heißt. Das war kein Schreib-, aber ein Sehfehler!

Die Rechtstellung des Versicherers dem Hypothekengläubiger gegenüber vor und nach Einleitung der Zwangsversteigerung oder Zwangsverwaltung des Gebäudegrundstücks.

Von Dr. iur. Hans Werneburg (Cöln a. Rhein).

Bezüglich der Rechte des Hypothekengläubigers an der Versicherungsforderung enthalten bekanntlich sowohl die Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (§§ 99—105), wie auch die des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§§ 1127 ff.) nähere Bestimmungen. Für die zu erörternde Frage nach der Rechtstellung des Versicherers dem Hypotheken-



gläubiger gegenüber vor und nach Beschlagnahme des Grundstücks sind in erster Linie die Vorschriften des BGB. maßgebend; denn in diesen sind Umfang der Haftung der Versicherungsforderung für die Hypothek, sowie die Voraussetzungen geregelt, unter welchen der Versicherer die Versicherungssumme mit befreiender Wirkung von der hypothekarischen Haftung an den Versicherten zahlen kann. Ergänzend hierzu behandeln die Bestimmungen des VVG. die durch die hypothekarische Verhaftung der Versicherungsforderung für den Hypothekengläubiger entstehenden Rechte gegen den Versicherer und die für diesen entstehenden Verpflichtungen.

Nach der grundlegenden Vorschrift des § 1127 BGB. erstreckt sich bei Gegenständen, die der Hypothek unterliegen — in Betracht kommen hier Gebäude, Bestandteile, Zubehör und Erzeugnisse des Grundstücks § 1120 BGB. —, die Hypothek auf die Forderung gegen den Versicherer, wenn diese Gegenstände für den Eigentümer oder den Eigenbesitzer des Grundstücks (d. h. denjenigen, der das Grundstück als ihm gehörend besitzt) unter Versicherung gebracht sind. Nach § 1128 BGB. sollen ferner hinsichtlich der Haftung der Versicherungsforderung für die Hypothek die für eine verpfändete Forderung geltenden Vorschriften zur Anwendung kommen.

Ist also der Versicherungsvertrag abgeschlossen, so gilt die Versicherungsforderung dem Hypothekengläubiger als verpfändet, ohne daß es hier einer Beschlagnahme — Pfändung oder Einleitung der Zwangsverwaltung — seitens des letzteren bedarf, wie bei anderen, der hypothekarischen Haftung unterliegenden Forderungen, z. B. den Miet- und Pachtzinsforderungen (Rechtsprechung der Oberlandesgerichte Bd. 14 S. 110). Der Hypothekengläubiger hat daher ein gesetzliches Pfandrecht an der Versicherungsforderung. Die abweichende Meinung *Schneiders* (Arch. f. civ. Praxis Bd. 90 S. 440), nach welcher der Hypothekengläubiger das Pfandrecht an der Versicherungsforderung erst durch seinen Widerspruch gegen die Zahlung der Versicherungssumme an den Versicherten erwirbt, steht mit der herrschenden Ansicht im Widerspruch (vgl. Komm. d. RG. § 1128 Anm. 4, *Planck* das. Anm. 3, *Staudinger* das. Anm. 1 u. a.) und ist als im Gesetz nicht begründet abzulehnen.

Aus der Anwendung der für eine verpfändete Forderung geltenden Vorschriften der §§ 1280 ff. BGB. ergibt sich für die Versicherungsforderung, daß der Hypothekengläubiger vor Fälligkeit seiner Hypothekenforderung die Zahlung der fälligen Versicherungssumme nur an sich und den Versicherten gemeinschaftlich verlangen kann § 1281 BGB.

Streitig ist, ob nach Leistung der Versicherungssumme der Hypothekengläubiger gemäß § 1288 von dem Versicherten beanspruchen kann, daß der eingezogene Betrag mündelsicher und verzinslich angelegt und ihm gleichzeitig an der neuen Forderung gegen die Hinterlegungsstelle ein Pfandrecht bestellt wird (so *Planck* § 1128 Anm. 3, *Biermann* § 1128 Anm. 1), oder ob vielmehr der Versicherte das eingezogene Geld zur Wiederherstellung des abgebrannten Gebäudes verwenden darf (so *Turnau-Förster* Liegenschaftsrecht § 1128 Anm. 3, *Staudinger* das. Anm. 1 b). Richtig, jedenfalls dem Zweck am meisten entsprechend dürfte m. E. die von *Fuchs* (Grundbuchrecht Bd. § 1128 Anm. 5) vertretene Mittelmeinung sein, daß der Versicherte berechtigt ist, die eingezogene Versicherungssumme der Natur der Sache entsprechend zur Wiederherstellung des Gebäudes zu verwenden und nur

wenn er von dieser Befugnis keinen Gebrauch macht, zur mündelsicheren Anlegung des Geldes und Bestellung von Pfandrechten für die Hypothekengläubiger an der neu entstehenden Forderung mitzuwirken hat. Nach § 1128 Abs. 1 kann übrigens unter den dort angegebenen Voraussetzungen (Anzeige des Versicherungsfalles an den Hypothekengläubiger und Ablauf eines Monates ohne dessen Widerspruch gegen die Auszahlung) der Versicherer die Versicherungssumme ohne weiteres mit Wirkung gegen den Hypothekengläubiger an den Versicherten auszahlen.

Ist die Hypothekenforderung des Hypothekengläubigers ganz oder zum Teil fällig, so kann dieser nunmehr von dem Versicherer Zahlung der Entschädigungssumme an sich allein insoweit verlangen, als zu seiner Befriedigung erforderlich ist. Dieses Recht verliert er gemäß § 1128 Abs 1 BGB. dann, wenn ihm der Schadensfall angezeigt ist und er nicht binnen eines Monates seit der Anzeige Widerspruch erhoben hat (Rspr. des OLG. Bd. 5 S. 320).

Eine Ausnahme von dem Gesagten ist durch die Bestimmung des § 1130 BGB. zugunsten des Versicherers für den Fall getroffen, daß nach den Versicherungsbedingungen die Versicherungssumme zur Wiederherstellung des versicherten Gebäudes bestimmt ist. Da nach dieser Vorschrift im Falle einer solchen Vertragsbedingung der Versicherte für den Versicherer allein als Empfangsberechtigter gilt, so bestimmt der § 97 VVG. ergänzend hierzu zum Schutze des Hypothekengläubigers, daß der Versicherungsnehmer bei der Gebäudeversicherung Zahlung erst verlangen kann, wenn der Verwendungszweck gesichert ist; etwaige landesgesetzliche Vorschriften über Art der Sicherung bleiben nach § 193 Abs. 2 VVG. in Kraft. Mangels solcher oder vertraglicher Vereinbarungen wird nach billigem Ermessen zu entscheiden sein, ob eine genügende Sicherheit seitens des Versicherungsnehmers geleistet ist, falls der Versicherer wegen nicht hinreichender Sicherheit die Zahlung verweigert (*Kretzschmar* Zentralbl. Bd. 9 S. 686).

Zufolge des Pfandrechtes des Hypothekengläubigers an der Versicherungsforderung bei der Gebäudeversicherung ergibt sich weiterhin, daß Verfügungen des Versicherten über die Versicherungsforderung — Abtretungen, Verpfändungen, Pfändungen — das Pfandrecht des ersteren nicht beeinträchtigen können, obwohl sie an sich nicht unzulässig sind.

Für den Fall der Pfändung der Versicherungsforderung seitens der Gläubiger des Versicherungsnehmers kommt die Vorschrift des § 865 Abs. 2 CPO. in Betracht; hiernach ist eine Pfändung zulässig, solange nicht die Beschlagnahme des Grundstücks durch Einleitung der Zwangsversteigerung oder Zwangsverwaltung erfolgt ist. Aber auch ohne eine Beschlagnahme des Grundstücks kann der Hypothekengläubiger sein Pfandrecht an der Versicherungsforderung geltend machen (Rspr. d. OLG. Bd. 14 S. 110) und durch Erhebung der Interventionsklage gegen den pfändenden Gläubiger dessen Pfändung unwirksam machen. Eine etwaige Zahlung der Entschädigungssumme an den Pfändungsgläubiger seitens des Versicherers ist demnach dem Hypothekengläubiger gegenüber wirkungslos; der Versicherer kann sich gemäß § 1128 Abs. 2 BGB. nicht einmal darauf berufen, daß er von der Hypothek keine Kenntnis gehabt habe.

Das Pfandrecht des Hypothekengläubigers an der Versicherungsforderung erlischt, wenn der versicherte Gegenstand wiederhergestellt

oder Ersatz für ihn beschafft ist (§ 1127 Abs. 2 BGB.), da die wiederhergestellten Gegenstände, insbesondere die Gebäude, der hypothekarischen Haftung ohne weiteres unterliegen.

Streitig ist, ob die hypothekarische Haftung der Versicherungsforderung auch dann erlischt, wenn der versicherte Gegenstand nicht vollständig wiederhergestellt wird, der jetzige Zustand also dem bisherigen im Werte nachsteht. *Planck* (1127 Anm. 3a) und *Reinbeck* (Haftung der Versicherungsforderung für Hypotheken und Grundschulden 1905 S. 117 ff.) nehmen an, daß die hypothekarische Haftung auch bei nur teilweiser Wiederstellung in vollem Umfang bestehen bleibt. Die überwiegende Meinung (so *Fuchs* § 1127 Anm. 3, *v. Staudinger* das. Anm. II a, *Biermann* Sachenrecht das. Anm., *Oberneck* Reichsgrundbuchrecht I S. 777), der sich auch das Reichsgericht in seinem Urteil vom 29. 11. 1911 (Bd. 78 S. 25) angeschlossen hat, geht jedoch dahin, daß die Haftung der Versicherungsforderung auch in einem solchen Fall bis zu dem Betrage erlischt, als die Hypothekengläubiger ihre frühere Sicherheit wieder erlangt haben; nur der über den Wert des Wiederhergestellten hinausgehende Betrag verbleibt nach dieser Ansicht in der hypothekarischen Haftung, m. a. W. die Differenz.

Schließt man sich der letzteren als richtig erscheinenden Auffassung an, so ergibt sich für den Fall einer nunmehr erfolgenden Zwangsversteigerung des Grundstücks, daß der in der Haftung verbliebene, über den Wert des wiederhergestellten Gegenstandes hinausgehende Teil der Versicherungsforderung gemäß den §§ 20, 90 ZVG. auf den Ersteher des Grundstücks übergeht, und zwar ohne Rücksicht auf eine etwaige vorhergehende Abtretung und ohne Erwähnung der Versicherungsforderung im Zuschlagsbeschluß (RG. Bd. 78 S. 25 und Rspr. d. OLG. Bd. 14 S. 110). Soweit jedoch vor Einleitung der Zwangsversteigerung die hypothekarische Haftung der Versicherungsforderung erloschen war (nämlich bis zur Höhe des Wertes der Wiederherstellungsarbeiten), wird der Teilbetrag derselben von dem Ersteher nicht erworben.

Hieraus ergibt sich die wichtige Konsequenz, daß etwaige Vorherige Verfügungen des Eigentümers über die Versicherungsforderung (Zessionen) oder Pfändungen derselben seitens seiner Gläubiger bezüglich des letztgenannten Teilbetrages der Versicherungsforderung nunmehr wirksam werden und bleiben (RG. Bd. 78 S. 25), da nach dem Gesagten ja die bisher bestehende hypothekarische Haftung bis zum Werte des wiederhergestellten Gegenstandes erloschen und der frei gewordene Teilbetrag nunmehr einer gewöhnlichen anderen Forderung gleich zu behandeln ist.

Nach der bereits erwähnten Vorschrift des § 1130 BGB. ist eine Zahlung der Entschädigungssumme seitens des Versicherers an den versicherten Gebäudeeigentümer dem Hypothekengläubiger gegenüber ausnahmsweise dann wirksam, wenn nach den Versicherungsbedingungen das Geld zum Zwecke der Wiederherstellung zu zahlen ist. Streitig ist, an wen der Versicherer diese sogenannten Wiederherstellungsgelder dann zu zahlen hat, wenn der Hypothekengläubiger die Versicherungsforderung durch Einleitung der Zwangsverwaltung oder Zwangsversteigerung (soweit diese den Versicherungsanspruch ergreift, § 21 Abs. 1 ZVG.) beschlagnahmt hat.

Für den ersteren Fall wird mit der herrschenden Meinung anzunehmen sein, daß der Versicherer die Entschädigungssumme an den

Zwangsverwalter zu zahlen hat und dieser das empfangene Geld zur Wiederherstellung verwenden muß.

Für den Fall der Zwangsversteigerung dürfte die Ansicht derer dem wirtschaftlichen Zweck der Versicherungsgelder am meisten entsprechen, nach welcher das Geld von dem Versicherer an das Vollstreckungsgericht zu zahlen und von diesem dem Grundstücksersteher zur Wiederherstellung des Gebäudes im Zuschlagsbeschluß zuzuerteilen ist (*Turnau-Förster* Bd. 1 S. 47, *Oberneck* I. S. 766, *Biermann* § 1130, *Fuchs* § 1130 Anm. 7, *v. Staudinger* das. Anm.).

Die entgegengesetzte Meinung, nach der auch bei der Zwangsversteigerung die Entschädigungssumme an den versicherten Eigentümer zu zahlen ist (*Planck* § 1130 Anm. 3, Kommentar der Reichsgerichtsräte das. Anm. 3), berücksichtigt nicht, daß eine Zahlung an diesen der Zweckbestimmung des Geldes geradezu entgegenläuft, da der bisherige Eigentümer ja bei durchgeführter Zwangsversteigerung das Eigentum an dem Grundstück verliert und er nunmehr natürlich das Gebäude nicht wiederherstellen kann (*Biermann* l. c.).

Im Hinblick auf dieses seinem wirtschaftlichen Erfolge nach durchaus unbefriedigende Ergebnis letzterer Meinung, lassen die angeführten Gründe die erstgenannte Auffassung als die richtigere erscheinen, so daß die Entschädigungssumme demnach von dem Versicherer an das Vollstreckungsgericht und von diesem an den Ersteher des Grundstücks zu zahlen ist.

Berichtigung.

In Band 12, Heft 4, vom 1. Juli 1912 findet sich in dem Aufsatz von Dr. Jahn-München: „Studien über die Rückversicherung" auf S. 817 ein Irrtum. Die Leipziger Rückversicherungs-Anstalt ist nicht, wie dort mitgeteilt ist, eine Gegenseitigkeits-, sondern eine Aktien-Gesellschaft. Ferner betreibt sie nach wie vor gleich ihrer Mutteranstalt, der Leipziger Feuer-Versicherungs-Anstalt, lediglich das Feuer- und Einbruchsdiebstahlversicherungs-Geschäft.

Die Schriftleitung.



Bücherbesprechungen.

Neue deutsche Werke über Privatversicherung.

Rehm. Die Bilanzen der Aktiengesellschaften und Gesellschaften m. b. H., Kommanditgesellschaften auf Aktien, eingetragenen Genossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, Hypotheken- und Notenbanken und Handelsgesellschaften überhaupt nach deutschem und österreichischem Handels-, Steuer-, Verwaltungs- und Strafrecht. Zweite völlig umgearbeitete Auflage. Schweitzer Verlag, München 1914. 548 Seiten.

Es ist zweifellos ein Beweis für das große Interesse, das die beteiligten Kreise heutzutage Bilanzfragen entgegenbringen, wenn ein Buch wie das große *Rehm*sche Bilanzwerk nach verhältnismäßig kurzer Zeit in einer zweiten Auflage erscheinen kann. Daß diese zweite Auflage durch Ausscheidung der allgemeinen handels- und bürgerlich-rechtlichen Ausführungen und der Lehre vom Anteil der Gesellschaftsorgane am Bilanzverfahren ungefähr auf die Hälfte des ursprünglichen Umfangs vermindert werden konnte, kommt dem Studium und der Benutzung sehr zustatten.

Rehm behandelt zunächst das *materielle Bilanzrecht:* an eine Besprechung der Bilanzposten im allgemeinen schließen sich Erörterungen einzelner in bilanzrechtlicher und bilanztechnischer Hinsicht besonders wichtiger Aktiv- und Passivposten, wie der Einrichtungskosten und der verschiedenen Reservefonds, und Ausführungen über die Bemessung des Bilanzwertes der einzelnen Posten an. Der zweite Teil stellt das *Bilanzstrafrecht* dar, und der dritte, freilich nur wenige Seiten umfassende Teil bietet eine Beleuchtung des aktuellen Problems vom *Bilanzrecht des Wehrbeitragsgesetzes.*

Mit den *Besonderheiten der Versicherungsbilanz* nach dem deutschen und österreichischen Aufsichtsrecht beschäftigt sich im Zusammenhang ein der »Hypotheken- und Versicherungsbilanz« gewidmeter Abschnitt; daneben findet das Versicherungswesen aber auch in allen übrigen Teilen des Buches eingehende Berücksichtigung. So wird z. B. bei der Besprechung der Bilanzierung der Errichtungskosten usw. die *Zillmersche Methode* behandelt, freilich ohne daß Rehm dabei der modernen technischen Auffassung, wie sie vor allem *Höckner* vertritt, gerecht würde; die Bemerkung, »Ihr (d. h. der Zillmerschen Methode) beträchtlicher Nachteil ist: die Abzahlung des Zuschlages erst in der Zukunft setzt voraus, daß der Versicherte solange am Leben und zahlungsfähig bleibt«, ist, soweit die erste Voraussetzung in Betracht kommt, sicher unrichtig, da bei der Berechnung der Amortisationsquote in der Praxis die Sterblichkeit selbstverständlich berücksichtigt wird.

Die allgemeinen Ausführungen des Buches haben natürlich für *Versicherungsgesellschaften* nur geringe Bedeutung, wenigstens was deren eigene Bilanzen angeht, da die neuzeitliche Gestaltung des Aufsichtsrechts mit ihren alle Einzelheiten regelnden Rechnungslegungsvorschriften Zweifel in wichtigeren Bilanzfragen kaum aufkommen läßt. Immerhin finden sich auch hier mancherlei Darlegungen, die für Versicherungsgesellschaften von Interesse sind; es mag nur hingewiesen sein auf die Erörterungen über das *Grundkapital* und vor allem auf die Behandlung des *Reingewinns.* Was Rehm hier zur *Frage der Berücksichtigung des Vortrags bei der Tantiemenberechnung* sagt, scheint mir besonderer Beachtung wert zu sein. Bekanntlich wird in neuerer Zeit viel-

fach die Anschauung vertreten, bei der Tantiemenberechnung müsse der Gewinnvortrag auf das nächste Geschäftsjahr außer Betracht gelassen werden; dieser leider auch vom Reichsgericht gebilligten Auffassung tritt Rehm mit guten Gründen entgegen, deren durchschlagendster meines Erachtens *der* ist, daß in jenem Falle die Berechnung der Tantiemen praktisch nur unter Zuhilfenahme von algebraischen Formeln möglich ist, und — wie Rehm mit Recht sagt — »eine so umständliche und schwierige Berechnung hat der Gesetzgeber nicht haben wollen«.

Diese wenigen Andeutungen werden genügen darzutun, wieviel Wertvolles das Rehmsche Werk in seiner vorbildlich gründlichen Darstellung bietet. Da die vorliegende zweite Auflage die Vorgänge der Praxis, die Literatur und die Rechtsprechung bis auf die allerjüngste Zeit berücksichtigt, werden ihrer auch die Besitzer der ersten Auflage nicht entraten können; wie diese wird auch jene rasch Eingang in die Kreise von Theorie und Praxis finden, gleich unentbehrlich für das Studium wie als Nachschlagebuch.

Ludwigshafen a. Rhein. Mathematiker und Hochschuldozent J. Koburger.

Cahn, Fritz. Der Wechsel des Interessenten im Rechte der Schadensversicherung. I. Bensheimer, Mannheim und Leipzig 1914.)

Die Schrift ist das erste Heft eines neuen Sammelunternehmens, das unter dem Titel „Versicherungswissenschaftliche Abhandlungen", herausgegeben von den Freiburger Professoren *Hoeniger* und Geheimer Rat *Rosin*, in erster Reihe zur Aufnahme solcher Arbeiten bestimmt ist, die aus dem Freiburger versicherungswissenschaftlichen Seminar hervorgegangen sind. Es sollen neben Abhandlungen über das Recht der Versicherung auch solche über die Wirtschaft, die Mathematik und über die Medizin des Versicherungswesens in zwei Abteilungen: „Privatversicherung" und „Sozialversicherung" herausgegeben, der ersteren auch die öffentlich-rechtlichen Zweige der Versicherung mit Ausnahme der Sozialversicherung eingegliedert werden.

In dem vorliegenden ersten Heft wird die Veräußerung der versicherten Sache in fleißiger und eingehender Weise behandelt, und zwar vornehmlich an der Hand der verschiedenen Veräußerungsarten. Der Verfasser hebt scharf hervor, daß die praktische Anwendbarkeit der Vorschriften der §§ 69 ff. VVG. eng begrenzt ist, im wesentlichen auf die Immobiliarfeuerversicherung und die Transportversicherung, und daß auch hier der Ortswechsel versicherter Sachen und ihr Ausscheiden aus dem meist allein versicherten Inbegriff einem Fortbestehen der Versicherung nach der Veräußerung der Sache ohnehin ein Ende setzt. Wie bereits der Titel der ganzen Schrift zum Ausdruck bringt, wird für den Eintritt des Erwerbers in die Versicherung nicht die Veräußerung der versicherten Sache selbst, sondern nur der infolge der Veräußerung eintretende Wechsel des Interessenten als entscheidend betrachtet. Der Verfasser geht hierin außerordentlich weit und dies ist keineswegs ohne Bedenken. Die unverrückbare Grundlage des Ganzen ist doch immer die gesetzliche Vorschrift des § 69, nach welcher zweifellos zweierlei vorliegen muß: einmal eine Veräußerung und sodann eine versicherte Sache, die veräußert wird. Wenn also der Verfasser § 69 VVG. auch im Falle des gutgläubigen Eigentumerwerbs nach § 932 BGB. auf eine von dem ursprünglichen Eigentümer genommene Versicherung anwenden will, so ist dies mit dem Gesetz kaum noch vereinbar. Daß aber derselbe Gedanke sogar auf die Haftpflichtversicherung angewendet wird, steht vollends im Gegensatz zu deren begrifflicher und praktischer Gestaltung. Der Hund des gegen Haftpflicht in dieser Eigenschaft versicherten Tierhalters ist keine versicherte Sache und die Veräusserung dieses Hundes bedeutet weder einen Anwendungsfall des § 69 VVG. noch überhaupt einen Wechsel des Interessenten im versicherungsrechtlichen Sinne. Die Veräußerung des geschäftlichen Betriebes, § 151 Abs. 2 VVG., ist eine Ausnahmevorschrift, nicht aber ein Ausdruck eines für die Haftpflichtversicherung geltenden Grundsatzes. Ich erwähne dies besonders, weil es ein Beleg dafür ist, wie unentbehrlich bei der Erörterung auch der allgemeinsten Grundsätze des Versicherungsrechts ein stetes Zurückgehen auf die tatsächliche Gestaltung des praktischen Versicherungslebens, d. h. auf die Versicherungsbedingungen der einzelnen Versicherungszweige ist. Der Deutsche Verein für

Versicherungswissenschaft hat dafür in seiner gar nicht genug zu rühmenden Zusammenstellung und Veröffentlichung der Versicherungsbedingungen die Grundlage geschaffen. In dieser Beziehung enthält die *Cahn*sche Schrift zwar mancherlei Ansätze: sie ist aber bei weitem noch nicht in die Tiefe gedrungen. Eine Erschöpfung des Problems nach dieser Seite wäre verdienstlicher gewesen als die Aufstellung von Beispielen, von denen Verfasser selbst wiederholt entschuldigend bemerken muß, daß sie in der Praxis kaum vorkommen würden.

Berlin. Kammergerichtsrat Otto Hagen.

Neue ausländische Versicherungsschriften.

Angezeigt von Prof. Dr. Manes (Berlin).

Rubinow. Social Insurance. New York 1913. Hold & Co. 525 Seiten.

Dieses Werk gehört zu den gründlichsten Arbeiten, welche außerhalb Deutschlands über die Sozialversicherung bisher veröffentlicht worden sind. Es enthält eine ebenso inhaltreiche wie anregende vergleichende Darstellung der Sozialversicherung der wichtigsten Länder. Fast alle bedeutenderen Probleme dieses Zweigs der Sozialpolitik werden mit rühmenswerter Objektivität und dem eifrigen Bemühen, auch das Ausland zu verstehen und ihm gerecht zu werden, vorgetragen. Nach einer flott geschriebenen Einleitung, welche den Beginn und die Entwicklung der Sozialversicherung in Europa schildert und darstellt, wie nötig den Vereinigten Staaten eine Sozialversicherung ist, wird in vier großen Abschnitten die Unfallversicherung, die Krankenversicherung, die Alters- und Invalidenversicherung und schließlich die Arbeitslosenversicherung behandelt. Durch seine langjährige Tätigkeit im Dienste des amerikanischen Arbeitsamtes, als Dozent wie als Statistiker einer privaten Gesellschaft hat der Verfasser Gelegenheit gehabt, die verschiedensten Standpunkte seiner Landsleute gegenüber der Sozialversicherung kennen zu lernen. Selten aber ist ein Amerikaner beredter und überzeugender dafür eingetreten, daß Amerika uns nachfolgen muß. Das Buch wird hoffentlich nicht nur in den Vereinigten Staaten zu großer Verbreitung gelangen.

Gephart. Insurance and the State. New York 1913. Mac Mill & Co. 228 Seiten.

Ein vorsichtiges Gegenüberstellen der wichtigsten Meinungen für und gegen Verstaatlichung der Versicherung enthält die Schrift dieses amerikanischen Professors der Nationalökonomie. Vermeidet er es auch ängstlich, offen Stellung zu nehmen in dem in Amerika gerade jetzt recht kritischen Augenblick, so geht doch ziemlich unzweideutig aus der Lektüre seiner Schrift hervor, daß er einer staatlichen sozialen Zwangsversicherung zugetan ist, hinsichtlich der Feuerversicherung den Staatsbetrieb ablehnt, bei der Lebensversicherung aber die Frage offen läßt, ob der Staat geeignet erscheint, in diese einzutreten. Manche interessante Einzelheit findet sich namentlich in dem Kapitel über den Staat als Lebensversicherer.

de Warenghien. L'Assurance contre le vol en france et l'étranger. Paris 1913. Arthur Rousseau. 414 Seiten.

Das Buch enttäuscht außerordentlich. Man ist geradezu überrascht, wie wenig auf den vielen Seiten gesagt wird. Nach einer nicht gerade gründlichen rechtsvergleichenden Erörterung über den Begriff des Diebstahls vom strafrechtlichen und vom versicherungstechnischen Standpunkt aus bemüht sich der Verfasser, eine Auslegung der Versicherungsbedingungen zu geben. So weit er sich hierbei auf Frankreich beschränkt, sind seine Ausführungen recht beachtenswert. Der Teil aber, der sich auf das Ausland erstreckt, ist ebenso oberflächlich wie lückenhaft, namentlich was Deutschland betrifft. Sofern der Verfasser einmal deutsche Bücher zitiert, wimmelt es in seinen Angaben von Druckfehlern und Mißverständnissen.



Neue versicherungsmedizinische Werke.

Besprochen von Sanitätsrat Dr. Leopold Feilchenfeld (Berlin).

Joachim u. **Korn.** Der Arzt im Angestellten-Versicherungsgesetz. Seine Rechte und Pflichten. Jena. Gustav Fischer. 216 Seiten.

Ein ausgezeichnetes Buch, ebenso klar und übersichtlich wie die früheren Werke der Verfasser, zum Nachschlagen sehr geeignet, aber auch zum informatorischen Studium des neuen und in manchen wesentlichen Punkten von den anderen Arten der staatlichen Versicherung abweichenden Gebietes. Der Arzt hat eine ähnliche Bedeutung wie in der Reichsversicherungsordnung. Sein Gutachten ist für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgebend. Berufsunfähigkeit ist hier bekanntlich bereits dann anzunehmen, wenn die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. In hervorragender Weise kommt der Arzt zur Geltung bei der Ausführung des Heilverfahrens, das verschiedene Aufgaben verfolgen kann, nämlich drohende Berufsunfähigkeit abzuwenden (vorbeugendes Heilverfahren) und eine bestehende vorübergehende Berufsunfähigkeit zu beseitigen (wiederherstellendes Heilverfahren). Bei den Pflichten des Arztes ist die Tatsache wichtig, daß er sein Zeugnis nur mit Rücksicht auf das Berufsgeheimnis verweigern darf. Der Richter entscheidet aber darüber, ob die Verweigerung in dem betreffenden Falle berechtigt ist. Bei seiner Vernehmung als Zeuge ist der Arzt stets nur Zeuge, nicht Sachverständiger, wenn nicht besondere Anforderungen in dieser Richtung an ihn gestellt werden. Für alle Zweige der öffentlichen Versicherung gilt der Beschluß, daß ein Arzt, der die Erstattung eines für die Landesversicherungsanstalt übernommenen Gutachtens trotz mehrfacher Erinnerungen übermäßig verzögert, sich gegen die Pflicht gewissenhafter Ausübung seines Berufes verfehlt. Über Erfahrungen der Ärzte mit dem neuen Gesetz kann der Verfasser ebenso wenig berichten wie Becker.[1]) Aber das Buch wird sich sicherlich durchaus als vortrefflicher Führer bewähren für die zahlreichen Ärzte, die bei der Durchführung des Angestellten-Gesetzes in Tätigkeit treten werden.

Becker. Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit für die Unfall-, Invaliden-, Hinterbliebenen- und Angestellten-Versicherungs-Gesetzgebung. Siebente Auflage. Berlin 1914. Richard Schötz. 623 Seiten.

Das Buch bedarf keiner Empfehlung. Es hat alle Vorzüge seiner früheren Auflagen, die in dieser Zeitschrift besprochen wurden. Dagegen sind manche Mängel abgestellt. Die Unfallmedizin nimmt gemäß ihrer hervorragenden Bedeutung unter den verschiedenen Zweigen der öffentlichen Versicherung einen beherrschenden Platz ein. Die zusammenfassenden allgemeinen Besprechungen haben eine angemessene Erweiterung erfahren. Die neuesten Obergutachten werden herangezogen und die wichtigsten Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes verwertet. Auch viele sonstige Veröffentlichungen der letzten Jahre und die Verhandlungen der jüngsten Unfall-Kongresse wurden berücksichtigt, so daß das Buch ein nahezu vollständiges Bild von dem heutigen Stande der Unfallmedizin bietet. Überall tritt die ungemein reiche praktische Erfahrung des Verfassers in die Erscheinung und zugleich seine große Unparteilichkeit, die namentlich gegenüber der Simulation den ärztlichen Gutachter zur Vorsicht und Milde veranlassen muß. Die Invaliden-, die Hinterbliebenen- und Angestellten-Versicherung sind auf 70 Seiten abgehandelt. Über letztere liegen natürlich noch keine ärztlichen Erfahrungen vor.

---

[1]) Siehe unten.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis bis Mitte Juni 1914 erschienener Schriften auf dem Gebiet des gesamten Versicherungswesens.

Die mit * bezeichneten Schriften sind in der Bibliothek des »Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft« enthalten.

I. Bücher
und Sonderabzüge.

*Abel. Heft I der Schriften der Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeits-Untersuchungen: Wirkungen der Auslese in der Versicherungssterblichkeit der deutschen Lebensversicherung. Berlin 1914.

*Abstract of the proceedings of the twenty-fourth annual meeting of the association of life insurance medical directors. New York 1914.

*Arbeitsrecht. Jahrbuch für das gesamte Dienstrecht der Arbeiter, Angestellten und Beamten. (In Vierteljahrsheften.) Herausgegeb. von Potthoff und Sinzheimer. Stuttgart 1914.

*Assekuranz-Jahrbuch. Begründet von A. Ehrenzweig. 35. Jahrgang. Wien 1914.

*Becker. Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit für die Unfall-, Invaliden-, Hinterbliebenen- und Angestellten-Versicherungs-Gesetzgebung. 7. Aufl. Berlin 1914.

*Belgien. Projet de loi sur les assurances sociales (vieillesse, maladie, invalidité). Brüssel 1914.

*Belgien. Rapport relatif a l'éxécution de la loi du 31. mars 1898 sur les unions professionelles pendant les années 1908—1910. Brüssel 1914.

*Bidrag till Finlands officiella Statistik. XXII. Försäkringsväsendet. A. 21. Försäkringsinspektörens berättelse angaende Försäkringsväsendet i Finland ar 1912. Helsingfors 1914.

*Braun. Übersicht über die Entwicklung der Lebensversicherungstechnik; in: Assekuranz-Jahrbuch. 35. Jahrg. Wien 1914.

*Brunn. Die Versicherung der Selbständigen in der Deutschen Sozialversicherung. Sep. Abdr. Wien 1914.

*Colonia, Kölnische Feuer-Versicherungs-Gesellschaft. Ein Rückblick auf ihre 75jährige Geschäftstätigkeit. Cöln 1914.

*Dizler. Über den Zusammenhang von Zinsfuß und aufgeschobener Rente; in: Assekuranz-Jahrbuch. 35. Jahrg. Wien 1914.

*Delezel. Eine Studie über die Prämienreserve der aus Todes- und Erlebensfallversicherungen zusammengesetzten Versicherungsarten. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.

*Ecker. Feuerversicherungswert und Interesse. Leipzig 1914.

*England. Précis of insurance brokers and agents bill. London E. C.

*Ergebnisse der Gebarung und der Statistik der auf Grund des Gesetzes vom 16. Juli 1892 registrierten Hilfskassen im Jahre 1911. Wien 1914.

*Fischer. Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung: Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen. Berlin 1914.

*Fuld. Haftpflichtversicherung und Vertragserfüllung. Sep. Abdr. Wien 1914.

*Gebarung und Ergebnisse der Unfallstatistik der im Grunde des Gesetzes vom 28. Dezember 1887, betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter, errichteten Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten im Jahre 1911. Wien 1914.

*Gross. Die Versicherung Minderwertiger. Lösung des Problems durch die Tarifbildung. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.



*Hahn. Angestelltenversicherungs-Jahrbuch 1914. I. Jahrgang. Berlin 1914.

*Hoecken. Die Rechenmaschinen von Pascal bis zur Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der Multiplikationsmaschinen. S.-A. Leipzig 1913.

*Holtsmark. Dodsfaldsstatistik for det Norske Folkeforsikringsselskab. Fram a. S. 1903—1913. Christiania 1914.

*Jaulus. Die Methode der retrospektiven Reservenberechnung in der Praxis. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.

*Josef. Der gesetzliche Rechtsübergang auf dem Gebiete des Privatversicherungsrechts. Sep. Abdr. Wien, 1914.

*Iranyi. Die Versicherungsgesellschaften in Österreich-Ungarn im Jahre 1912.

*Iranyi. Die Resultate der deutschen Versicherungsgesellschaften im Jahre 1912.

*Kaufmann. Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. 2. vermehrte Auflage. Berlin 1914.

*Kleeberg. Die Volks-Unfallversicherung. Sep. Abdr. Wien 1914.

*Koeppler. Ein Beitrag zur Methode der kleinsten Quadrate. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.

*Koeppler. Zur Theorie der sogenannten Kurvenmomente. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.

*Kretzschmar. Das Feuerversicherungswesen in Lübeck. S.-A. Lübeck 1914.

*Küttner. Beiträge zur Theorie der sozialen Witwenversicherung. S.-A. Bern 1914.

*Law's fire insurance tables for 1914. New York 1914.

*Life Assurance Companies. Part A. Life Assurance Statements. Part B. Statements of general assurance business (excluding life assurance business and sinking fund insurance business) and of hond investment business. London 1914.

*Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.

*Loewenthal. Österreich-ungarischer Versicherungs-Kalender 1914. XIX. Jahrgang. Wien 1914.

*Lorenz. Die Veräußerung und Übergabe stehender Bäume in ihrer Einwirkung auf den Feuerversicherungsanspruch. In.-Diss. Leipzig 1912.

*Manes. Deutschlands weltwirtschaftlicher Aufschwung und seine Versicherung. S.-A. Wien 1914.

*Mitteilungen des Verbandes für das Fortbildungswesen der Versicherungsbeamten. Herausgegeb. von: Knörk-Berlin, Schaefer-Hannover, Bertram-Hannover. 1. Jahrgang. Hannover 1914.

*Moldenhauer. Die Notwendigkeit eines wirksamen Schutzes der Arbeitswilligen und die Frage der Arbeitslosenversicherung. Berlin 1914.

*Molkenbuhr. Noch einmal die Rechenfehler in der Witwen- und Waisenversicherung. S.-A. Stuttgart 1914.

*Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. S.-A. München 1914.

*Ormestad. Aarsberetning 1913. Sykestatistik 1911—1913. Kristiania 1914.

*Ortskrankenkasse. 1. Jahrgang. Berlin 1914.

*Pelke. Das neue Recht der eingeschriebenen Hilfskassen. In.-Diss. Münster 1913.

*Perlmann. Rentenlehre für Ärzte. 1. Band: Allgemeine Rentenlehre. Leipzig 1914.

*Potthoff. Jahrbuch der Angestelltenversicherung. Band II. Stuttgart 1914.

*Potthoff. Die Kosten der sozialen Versicherung und ihre Überwältigung. S.-A. Wien 1914.
*Rohrbeck. Das Hagelversicherungsgeschäft der Welt. S.-A. Wien 1913.
*Samwer. Fünf Jahre Arbeit der neuen ständigen Kommission. S.-A. Wien 1914.
*Schlottmann. Das Einigungsabkommen zwischen Ärzten und Krankenkassen nebst Ausführungsbestimmungen. Berlin 1914.
*Seelmann. Formularbuch für Versicherungsämter. Altenburg 1914.
*Slomann. Om ulykkestilfaelde som zygdomsaarsag. Kopenhagen 1914.
*Soetbeer. Einfluß des Krieges auf Verträge zwischen Angehörigen der kriegführenden Staaten. Berlin 1914.
*Stier-Somlo. Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einführungsgesetz. Vom 19. Juli 1911. III. Lieferung, §§ 165 bis 220. Berlin 1914.
*Tauber. Die Sterblichkeitsuntersuchung in der Invalidenversicherung. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.
*Valer. Einiges über ungarisches Versicherungsrecht. S.-A. Wien 1914.
*Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen: Das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten und seine Durchführung. Essen 1914.
*Vermeeren. Über eine neue analytische Ausgleichungsmethode von Sterbetafeln. In: Loewenbergs Sammlung versicherungstechnischer Arbeiten. Band III. Wien 1914.
*Versicherungsliteratur, die moderne, auf der Internationalen Ausstellung für Buchgewerbe und Graphik. Leipzig 1914.
*Wehberg. Der Haager Schiedshof und die Versicherungsgesellschaften. S.-A. Wien 1914.

Allgemeine Schriften.

*Akademie für Sozial- und Handelswissenschaften zu Frankfurt a. M. Vorlesungen des Sommersemesters 1914.
*Akademie, Königliche, zu Posen. Verzeichnis der Vorlesungen für das Sommersemester 1914. Posen 1914.
*Badstübner. Kirchliche Einigung der Balkanstaaten. Eine völkerrechtliche Studie. Stettin 1913.
*Baram. Deutschlands Stellung im Welthandel und im Weltverkehr. Hamburg 1914.
*Blaiklock. The alcohol factor in social conditions. London 1914.
*Eltzbacher. Schutz vor der Öffentlichkeit; Rede bei Übernahme des Rektorates der Handels-Hochschule. Berlin 1913.
*Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen. Neue Folge. 33. Band. Leipzig 1914.
*Fried. Handbuch der Friedensbewegung. 1. und 2. Teil. 11. Auflage. Berlin 1911.
*Hellauer. Das Persönliche im Handel. Vortrag. Berlin 1914.
*Jahrbuch der Internationalen Vereinigung für vergleichende Rechtswissenschaft und Volkswirtschaftslehre zu Berlin. IX. Band. 2. und 3. Abteilung. Leipzig 1914.
*Jahresbericht der Handelskammer zu Berlin 1913. II. Teil. Bericht über die wirtschaftliche Lage. Berlin 1914.
*Institut, Königliches, für Seeverkehr und Weltwirtschaft an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Kaiser Wilhelm-Stiftung: Festsitzung anläßlich der Eröffnungsfeier am 20. Februar 1914. Jena 1914.
*International Law Association. International code relating to general Average. Liverpool 1914.



*Internationales und ausländisches Recht. Gesamtkatalog der Bestände von 30 Berliner Bibliotheken. Herausgegeb. von der Internationalen Vereinigung für vergleichende Rechtswissenschaft und Volkswirtschaftslehre zu Berlin. Berlin 1914.

*Preisbewegung landwirtschaftlicher Güter in einigen Teilen Bayerns während der Jahre 1900 bis 1910. Mit Beiträgen von Horlacher, Hörenz, Hansen, Fröhlich und Brentano. Band. 148. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. München 1914.

*Schriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Heft 3. Freund: Ein deutsches Arbeitsnachweisgesetz. Berlin 1914.

*Schriften des Schutzverbandes für Deutschen Grundbesitz. Heft Nr. 18. Vorschläge zum Entwurf eines Grundteilungsgesetzes, beschlossen in der Sitzung des Zentralausschusses vom 2. April 1914. Berlin 1914.

*Steuer, nach dem gemeinen Wert. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen aus den Kreisen der städtischen Haus- und Grundbesitzer. Spandau 1913.

*Studien-Einrichtungen, die wirtschaftswissenschaftlichen, an der Königlichen Technischen Hochschule zu Aachen. Aachen 1914.

*Transactions of the fifteenth international congress on Hygiene and Demography. Washington 1912.

*Trüdinger. Die Milchversorgung in Württemberg. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 140. Band. München 1914.

*Tuberkulose-Konferenz, 11. Internationale. Berlin, 22. bis 25. Oktober 1913. Bericht von Herrn Dr. Pannwitz. Berlin 1914.

*Verhandlungen des 32. Deutschen Juristentages (Düsseldorf). 1. Band (Gutachten). Berlin 1914.

*Walter. Die neuere englische Sozialpolitik. Berlin 1914.

*Wegener. Der Panamakanal. Seine Geschichte, seine technische Herstellung, seine künftige Bedeutung. Nr. 282 Heft 2 der Volkswirtschaftl. Zeitfragen. Berlin 1914.

*Wirtz. Wohnungsverhältnisse, Bauordnung und Grundstückspolitik der Stadt Cöln und ihre Bedeutung für die Allgemeinheit. Heft 2 der Bodenpolitischen Zeitfragen. Berlin 1914.

II. Zeitschriften.

*Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 8 bis 11.) Dugge: Bazillenträger und Invalidenrente. — Honigmann: Unfallneurose und Unfallversicherungsgesetz. — Meltzer: Die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit bei der Neurasthenie.

*Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. (Berlin, 30. Jahrgang, Nr. 2 bis 4.) Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für das Jahr 1913. Rundschreiben über die Art und Höhe der in den §§ 772 ff., 820 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Sicherheitsleistung nebst Bestimmungen und der Verordnung des Senats in Hamburg vom 12. Dezember 1913. Vom 8. Juni 1914. — Rekursentscheidungen 2685 bis 2687. — Entscheidungen der Beschlußsenate 2688, 2689. — Erlös aus Beitragsmarken in den Monaten Dezember 1913, Januar und Februar 1914.

*Annalen des Deutschen Reichs für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft. (München, 47 Jahrgang, Nr. 1 bis 4.) Eichmann: Verzugszinsen auf dem Gebiete der Reichssteuern. — Potthoff: Die Zukunft des Dienstrechtes der Privatangestellten. — Maus: Die Beistandspflicht der ordentlichen Gerichte gegenüber den Verwaltungsbehörden und Verwaltungsgerichten.

*Annalen des gesamten Versicherungswesens. (Leipzig, 45. Jahrgang, Nr. 13 bis 23.) Konzentration. — Preuß: Sturm- oder

Blitzschaden? — Kommunale Feuerlöschabgaben. — Wehberg: Der Fortschritt der Londoner Deklaration. Zeitgemäße Betrachtungen zur Risikobeurteilung der Frauen in der Lebensversicherung. — Günther: Der „Nachweis des Schadens durch Beleger" in der Transportversicherung. — Die Beweismethoden der Zentralstelle für die deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen. — Das internationale Staatsversicherungsmonopol und das Recht der Ausländer.

*Arbeiterversorgung. (Berlin, 31. Jahrgang, Nr. 11 bis 16.) Leicht: Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden. — Kurtzig: Das Einspruchsverfahren der Unfallversicherung. — Posse: Krankenversicherung der Beamten und Lehrer. — Kleeis: Statistisches über die Neuwahl der Krankenkassenorgane. — Seelmann: Welche Bedeutung hat es für die Krankenversicherung, wenn jemand gleichzeitig mehrere Beschäftigungen ausübt? — Schlenther: Kostendeckung im Verfahren vor dem Versicherungsamt. — Hoffmann: Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung versicherungspflichtiger Beschäftigter (KVG. § 50). — Hahn: Nochmals: Die Ersatzansprüche der Krankenkassen wegen unterlassener Anmeldung nach § 50 KVG. — Hoffmann: Zur Anwendung des § 174 RVO. — Weber: Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten.

*Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik. (Tübingen, Band 38, Heft 2.) Hjelt: Die Kapitalbildung in Finnland. — Staudinger: Die Sparkasse und ihre sozialwirtschaftliche Bedeutung.

*Archiv für Versicherungswirtschaft. (Berlin, 8. Jahrgang, Nr. 14 bis 19.) Die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung im bayerischen Landtag.

*Berufsgenossenschaft, Die. (Berlin, 29. Jahrgang, Nr. 3 bis 10.) Perlmann: Über den ursächlichen Zusammenhang von Netzhautablösung und Unfall. — Lohmar: Vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gemäß §§ 1513, 1501, 1503 der Reichsversicherungsordnung. — Fischer: Welchen Einfluß hat eine Änderung des Grundlohns auf den Erstattungsanspruch der Berufsgenossenschaften? — Schulz: Das Einrücken der Ersatzmänner bei berufsgenossenschaftlichen Ehrenämtern. — Kaskel: Aus der neueren Literatur der Sozialversicherung. — Boywidt: Zwangsbeitreibung berufsgenossenschaftlicher Mitgliederbeiträge, wenn der Schuldner sein Vermögen zum Zwecke der Gläubigerbefriedigung an einen Treuhänder übergeben hat. — Grieshammer: Die Bestrafung des Versicherten bei Zuwiderhandlungen gegen Unfallverhütungsvorschriften. — Adam: Unfallverhütungstechnik und technische Aufsicht.

*Betriebskrankenkasse. (Essen, 7. Jahrgang, Nr. 7 bis 10.) Die Wahlen zu den Versicherungsämtern. — Krankenversicherung und Militärdienst. — Stier-Somlo: Grenzen der Sozialversicherung.

*Blätter für Vertrauensärzte der Lebensversicherung. (München, 5. Jahrgang, Heft 1 und 2.) Florschütz: Kriegssterblichkeit. — Samwer: Fünf Jahre Arbeit der neuen Ständigen Kommission.

*Deutsche Juristen-Zeitung. (Berlin, 19. Jahrgang, Nr. 11.) Manes: Versicherungswesen.

*Deutsche Krankenkassen-Zeitung. (Berlin, 14. Jahrgang, Nr. 10 bis 16.) Die §§ 328, 329 RVO. in der Praxis. Die Befreiung der in der Landwirtschaft Beschäftigten vom Krankengeldbezug. — Das Fazit des Kampfes der Ärzte gegen die Krankenkassen.

*Deutsche Versicherungs-Presse. (Berlin, 42. Jahrgang. Nr. 14 bis 22.) Territorialprinzip und ständiges Prinzip in der Organisation. — Neue Gesichtspunkte in der Güterversicherung. — Einiges über die Technik der Tilgungsversicherung. — Zur Lage in der Glasversicherung. — Die Zunahme der mittleren Lebensdauer im Deutschen Reiche. — II. Verwaltungsbericht der Schlesischen Provinzial-Lebensversicherungsanstalt. — Katz: Grundsätzliches zur Frage der Ausgleichung. —

Schönwiese: Die Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen über die Gothaer Sterbetafeln. — Weiland: Die stillschweigende Verlängerung von Versicherungen bei öffentlichen Anstalten.

*Deutsche Versicherungs-Zeitung. (Berlin, 55. Jahrgang, Nr. 26 bis 41.) Knörlein: Interpolationsrechnungen in der Lebensversicherung. — Beiziehung von Fachmännern bei Neuordnung des Grundstücks-Taxwesens in Preußen. — Die Feuerversicherung in Holland. — Die Wahrung des Regresses im Schadenfalle. — Koeppler: Junggesellenversicherung auf Witwenpension. — Werneburg: Bedeutung der Verwirkungsklausel bei der Haftpflichtversicherung. Der Schutz des menschlichen Lebens auf See. — Die rechtliche Stellung des Generalagenten. — Eine neue Aussprache über die „Volksfürsorge" im Reichstag.

*Deutsche Wirtschafts-Zeitung. (Berlin, 10. Jahrgang, Nr. 7 bis 11.) Potthoff: Soziale Versicherung und Arbeitseinkommen. — Fitger: Weiterer Schutz des Privateigentums auf den Meeren?

*Dokumente des Fortschritts. (Berlin, 7. Jahrgang, Nr. 5.) George: Gegenwartleistungen durch die Angestelltenversicherung. — Sozialversicherung: Chronik.

*Groß-Berlin, Statistische Monatsberichte. (Berlin, 4. Jahrgang, Heft 5/6.) Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsvorgänge. — Beschäftigungsgrad und Arbeitslosigkeit.

*Handel und Industrie. (München, 23. Jahrgang, Nr. 1164 bis 1172.) Bossert: Doppelversicherung. — Elektrische Betriebsschäden und Blitzschäden. — Deutsche Assekuranzorganisation nach Lloydschem Muster. — Versicherung von Objekten der Gemeinden. — Vom internationalen Versicherungsmarkt. — Deutscher Verein für Versicherungswissenschaft.

*Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. (Jena, 102. Band, III. Folge, 47. Band, Heft 2 bis 4.) Strutz: Die Reichsbesitzsteuer. — Müller: Die Zunahme der Bevölkerung in den hauptsächlichsten Kulturstaaten während des 19. Jahrhunderts. — Feig: Die neuesten Erfahrungen mit der Arbeitslosenversicherung.

*Internationale Vereinigung der Seeversicherer. Mitteilungen für die Mitglieder und Korrespondenten. (Berlin, Bd. 1, Nr. 5.) Kongreß der Internationalen Vereinigung der Seeversicherer am 16./17. September 1914 im Haag-Scheveningen.

*Invaliditäts- und Altersversicherung im Deutschen Reiche. (Mainz, 24. Jahrgang, Nr. 7 bis 13.) Die Hauptergebnisse der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1912.

*Leipziger Zeitschrift für deutsches Recht. (München, 8. Jahrgang, Nr. 8 bis 11.) Jacusiel: Über die Mäkler-Provision. — Niemeyer: Recht und Pflicht des Kapitäns zur Vornahme von Verhaftungen auf hoher See. — Keßler: Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften in Preußen. — Erstattungsansprüche gegen Unternehmer. — Feststellungsklage. Streitgegenstand. — Rechtsgrundsätze des Reichsgerichts. — v. Krause: Ein Bilanzierungsgrundsatz einer öffentlichen Lebensversicherungsanstalt.

* Masius' Rundschau. (Leipzig, 26. Jahrgang, Heft 3 bis 6.) Schaefer: Kombinierte Policen. — Verkaufspreisklausel und Betriebsunterbrechungsversicherung. — Über den Begriff „Schadenereignis" und seine Bedeutung für die Haftpflichtversicherung. — Vogel: Versicherungsgesellschaften und Hypothekenmarkt. — Samwer: Fünf Jahre Arbeit der Ständigen Kommission. — Die öffentlichen und privaten Feuerversicherungs-Anstalten. — Einkommensteuer und Lebensversicherung. — Nettokostenberechnungen. — Aus der Entwicklung der Angestelltenversicherung. — Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft.

*Mitteilungen für die öffentlichen Feuerversicherungsanstalten. (Kiel, 46. Jahrgang, Nr. 7 bis 10.) Taczak und

Kedesky: Die Bedeutung des Gipses für den Feuerschutz von Bauwerken. — Barth: Große Feldscheunen und Feuerversicherung. — Guttmann: Wohlfahrtspflege und öffentliche Feuerversicherungsanstalten. — Borgmann: Die Waldwertrechnung im Dienste der Versicherungsnahme und Entschädigung bei Waldbränden. — Schneider: Austrittsgeld bei kleinen Versicherungsvereinen a. G. — Schaefer: Skizzen über das Feuerversicherungswesen im Auslande. — L.: Die Anwendung der Average-Klausel in England. — Rohrbeck: Einiges zur Frage: Groß- oder Kleinbetrieb im privaten Versicherungswesen. — Schneider: Zwangsversteigerung und Zwangsverwaltung in ihrem Einfluß auf die Rechtsverhältnisse der Feuerversicherung.

*Monatsblätter für Arbeiterversicheruung. (Berlin, 8. Jahrgang, Nr. 1 bis 5.) Streit über die Kassenzugehörigkeit von Hausgewerbetreibenden oder Heimarbeitern.

*Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung. (Berlin, 2. Jahrgang, Heft 4 bis 6.) Hanow: Wahlberechtigung nach der RVO. (Krankenversicherung). — Zacher: Sozialversicherung im Ausland: Übersicht. — Zacher: Die Durchführung der Altersversicherung in Frankreich. — Klein: Statistik. — Schall: Das Wahlrecht der Ersatzkassen zu den Wahlen der Versicherungsvertreter bei den VA. — Braun: Der Zuschlag zum Sterbegeld bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung. — Schulz: Wählbarkeit von Beamten der Betriebe, für die Ausführungsbehörden bestellt sind, zu Beisitzern der Versicherungsbehörden. — Fuisting: Die erweiterte Rechtsmittelwirkung des § 1608 Abs. 1 RVO. — Haberland: Die Verjährungsfrist des § 29 Abs. 2 RVO. auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. — Konopacki: Über Ausländer in der Angestelltenversicherung. — Hartmann: Normal-Unfallverhütungsvorschriften für Industrie und Landwirtschaft. — Dersch: Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte. — Hoffmann: Zur Krankenversicherung des Hausgewerbes. — Fuisting: Hausgewerbetreibende, Heimarbeiter und Hausarbeiter. — Stempel: Zur Auslegung von § 13 RVO. — Hahn: Einige Fragen zur hausgewerblichen Krankenversicherung. — Keidel: Die Beschränkung der Kassenleistungen für rückfällig Erkrankte nach § 188 RVO. — Wedermeyer: Zu § 577 Abs. 1 Satz 2 RVO. — Michelly: Die Beitragserstattung nach §§ 60, 62, 398 AVG. im Falle des § 390 AVG.

*Plutus. (Berlin, 11. Jahrgang, Heft 21.) Bossert: Chomage and Lloyds Underwriter in London.

*Reichsarbeitsblatt. (Berlin, 12. Jahrgang, Nr. 3 u. 4.) Die Krankenversicherung in den Knappschaftskassen und -vereinen im Jahre 1912. — Die Lohnklassenstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse. — Stellungswechsel und Angestelltenversicherung. — Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenfürsorge in Bayern.

*Saski'sche Zeitschrift für das Versicherungswesen. (Leipzig, 50. Jahrgang, Nr. 12 bis 20.) Die Stellung der Frau zur Lebensversicherung. — Unfälle am Telephon und ihre Verhütung. — Reithmayer: Ein Beitrag zur Schuldrest-Versicherung. — Das deutsche Viehversicherungsjahr im Jahre 1913.

*Schmollers Jahrbuch für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft im Deutschen Reiche. (München, 38. Jahrgang, 2. Heft.) Bernhard: Das Problem der öffentlichen Arbeitslosenversicherung nach seinem gegenwärtigen Stande.

*Soziale Hygiene und praktische Medizin. (Berlin, 22. Jahrgang, Nr. 5 bis 10.) Koelsch: Der gewerbeärztliche Dienst.

*Soziale Kultur. (M.-Gladbach, 34. Jahrgang, Nr. 3 bis 5.) Schwiedland: Zur Arbeitslosenunterstützung. — Weydmann: Arbeitslosenfürsorge und Arbeitslosenversicherung.

*Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. (Leipzig, 23. Jahrgang, Nr. 28 bis 36.) Kundgebung der Gesellschaft für

Soziale Reform für Fortführung der Sozialpolitik. — Cassau: Zur Reform der Streikstatistik. — Die nächsten Aufgaben der Arbeitslosenfürsorge in Österreich. — Bodenkreditfragen. — Zimmermann: Sozialethische Zeit- und Streitfragen. — Das Schicksal der staatlichen Arbeitslosenversicherung in Bayern. — Garbel: Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden. — v. Frankenberg: Der Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für 1913. — Stimmen zur Kundgebung für Fortführung der Sozialreform. — Mugdan: Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung. — Die neuen Arbeiterversicherungsgesetze in Belgien.

*Sozialistische Monatshefte. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 7 bis 9.) Umbreit: Zur Frage der Zwangsarbeitslosenversicherung in Bayern.

*Versicherungsagent. (Berlin, 25. Jahrgang, Nr. 4 bis 10.) Neue Sportgefahren und ihre Behandlung in der Unfallversicherung. — Zum Bericht Dr. Kapps an das Königlich Preußische Staatsministerium. — Gilt Stillschweigen des Versicherungsnehmers als Genehmigung einer nicht von ihm beantragten mehrjährigen Prolongation? — Spediteur-Policen.

*Versicherungs-Welt. (Berlin, 16. Jahrgang, Nr. 45 bis 52.) Zur Selbstversicherung der Städte. — Die Zukunft der Sozialversicherung. Das Ruhen der Renten bei der Angestelltenversicherung. — Leibrenten-Unmoral. — Raiffeisen und das Versicherungswesen. — (17. Jahrgang, Nr. 1 bis 9.) Schmidt: Sozial und sozial. — Manes: Aus dem Versicherungsjahr 1913. — Zur Versicherung minderwertiger Leben. — Schmidt: Weltversicherungs-Statistik. — Stevens: Staatliche Pensionsversicherung und unzureichende Versorgung. — Eckardt: Volksversicherungstreiben. — Faber: Vom Tiefstand der Kasko-Versicherung. — Exzellenz Gruner. — Zell: Von der Arbeit des Aufsichtsamts unter Gruner. — Schmidt: Xenophobie. — Weltversicherungs-Kongreß 1915. — Hypothekentilgungs-Versicherung. — Hagelversicherungs-Status 1913. — Krankenversicherung.

*Vierteljahrshefte zur Statistik des Deutschen Reichs. (Berlin, 8. Jahrgang, 2. Heft.) Montagen im Ausland. — Der Geschäftsbericht des Reichs-Versicherungsamts. — Zum Begriff des Betriebsunfalls. — Entscheidungen aus dem Gebiete des Haftpflicht- und Versicherungsrechts. — Entscheidungen aus dem Gebiete der Sozialversicherung.

*Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. (Berlin, 20. Jahrgang, Nr. 8 bis 11.) Cohn: Das preußische Disziplinargesetz gegen die Kassenbeamten. — Mattutat: Die Pensions- und Unfallfürsorge der württembergischen Körperschaftsbeamten. — Fette: Die Dienstordnung bei Kassenverbänden. — Die bayerische Musterdienstordnung. — Lehmann: Erstattungen und Ersatzleistungen der Krankenkassen. — Mössinger: Das Beweisverfahren in Streitfällen aus der Invalidenversicherung.

*Wallmanns Versicherungs-Zeitschrift. (Berlin, 48. Jahrgang, Nr. 75 bis 98.) Die Abzugsfähigkeit der Lebensversicherungsprämien vom versteuerten Einkommen. — Horn: Vollziehung eines Versicherungsantrages durch die Ehefrau mit der Unterschrift des Mannes ohne dessen Wissen und Willen und die daraus sich ergebenden Wirkungen. — Die Notwendigkeit der Überwachung elektrischer Starkstromanlagen. — Zweite Konferenz für das Fortbildungswesen der Versicherungsbeamten am 14. April 1914. — Die Erklärung Sir Edward Greys über die Beseitigung des Seebeuterechts. — Sprecht: Der für Versicherungsgesellschaften tätige Generalagent mit festen Bezügen im Lichte des Angestellten-Versicherungs-Gesetzes. — Melchior: Die Elektrizität im Luftraum als Schadensursache in elektrotechnischen Anlagen.

*Wirtschaft und Recht der Versicherung. (Kiel, 46. Jahrgang, Nr. 5.) Moral: Die systematische Behandlung einer Brandschadenabschätzung in einer Maschinenfabrik. — Lanz-Stauf-

fer: Der russische Verband gegenseitiger Feuerversicherungsvereine. — Lübstorff: Beiträge zur Geschichte des öffentlichen Feuerversicherungswesens in den Großherzogtümern Mecklenburg.

*Zeitschrift für das gesamte Handels- und Konkursrecht. (Stuttgart, 75. Band, Heft 2 u. 3.) Lilie: Zur Sanierung der Aktiengesellschaften. — Lehmann: Dänisches Gesetz über Buchführung vom 10. Mai 1912.

*Zeitschrift für Versicherungsmedizin. (Leipzig, 7. Jahrgang, Nr. 5.) Knepper: Die Bestimmungen des § 1254 der Reichsversicherungsordnung, betr. vorsätzlicher Herbeiführung der Invalidität, und ihre Beziehung zu Selbstmordversuchen vom ärztlichen Standpunkte aus. — Roepke: Lungenbluten als Unfallfolge bei latenter inaktiver Tuberkulose. — Oehlecker: Zur Klinik, Unfallbegutachtung und Behandlung tabischer Gelenkerkrankungen.

*Zeitschrift für Versicherungswesen. (Berlin, Jahrgang 1914, Nr. 14 bis 22.) Die rechtlichen Folgen der Dardanellensperre im Balkankrieg. — Schümann: Über Binnenschiffahrts-Schiedsgerichte. — Hendrich: Zur Frage des Leistungsverweigerungsrechtes des Versicherers wegen eigenmächtiger Anerkennung der Ersatzpflicht durch den Versicherten. — Höckner: Deckungskapitalberechnung mit Bruttoprämien. — Kollektivunfallversicherung der Schulkinder. — Kapps Bericht an das Preußische Staatsministerium. — Kirchmann: Über den gerichtlichen Prämieneinzug im Falle der Nichteinlösung einer Lebensversicherungspolice. — Blumhardt: Zu § 67 VVG. — Internationale Vereinigung der Seeversicherer. — Der Erwerbscharakter der privaten Lebensversicherungs-Gesellschaften. — Totalverlust oder Partikularschaden? Differenzen bei der Schadenregulierung. — Internationaler Transport-Versicherungs-Verband.

*Zentralblatt der Reichsversicherung. (Frankfurt a. M., 10. Jahrgang, Nr. 8 bis 10.) Jacobssohn: Über die Durchführung der Angestelltenversicherung bis zum Ablauf des Jahres 1913. — Hoch: Sind besondere Dienstbotenkrankenkassen zulässig und zweckmäßig? — Mattcke: Die Buchführung der Krankenkassen. — Keidel: Über Krankenhauspflege für Rechnung der Krankenkassen. — Path: Ist die Landesversicherungsanstalt zur Aufklärung der Rentensachen verpflichtet oder befugt? — Reichert: Ortskrankenkassen oder Landkrankenkassen für Dienstboten. — Kobler: Die Beweislast im § 1420 RVO. — Jungherr: Die Bemessung der Höhe des Arzthonorars in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten nach der Leistungsfähigkeit der Kasse.

*Finanzielle und Assecuranz-Revue. (Wien, 22. Jahrgang, Nr. 1 bis 10.) Beck: Die Kautionsversicherung. — Gerber: Transportversicherung. — Die Hagelversicherungswerte in den einzelnen Ländern der Erde im Jahre 1912.

*Nationalökonom, Der. (Wien, 27. Jahrgang, Nr. 11 bis 14.) Die deutschen Lebensversicherungsgesellschaften im Jahre 1913.

*Österreichische Revue. (Wien, 39. Jahrgang, Nr. 13 bis 22.) Pichler: Das neue Einkommensteuergesetz und die Versicherungsgesellschaften. — Darlehen gegen Lebensversicherung. — Henne: Die Stellung der Feuerversicherung zu den feuersicheren Bauweisen. — Unfried: Zum deutschen Entwurf eines Luftverkehrs-Gesetzes. — Koeppler: Allgemeine Herleitung eines Satzes von Laplace. — Grohmann: Zur versicherungsärztlichen Diagnose der nichtorganischen Herzgeräusche. — Hochsinger: Mutterschaftsversicherung. — Zur Autohaftpflicht nach österreichischem und deutschem Recht. — Die Versicherung des Haftpflichtinteresses an Eisenbahnwaggons auf Anschlußgleisen.

*Österreichische Versicherungs-Zeitung. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 1 bis 21.) Versicherung gegen Dampfkesselexplosion. Begriff einer solchen. — Gültigkeit des von einem Minderjährigen selb-

ständig abgeschlossenen Versicherungsvertrages. — Versicherungsagenten und -makler unter Staatsaufsicht. — Furlan: Versicherungswesen und Geldmarkt. — Hypothekentilgungs-Versicherung.

*Versicherungsfreund, Der. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 10 bis 15.) Die Vorteile der Valorenversicherung bei einer Versicherungs-Gesellschaft. — Reiner: Über die Lage des ungarischen Feuerversicherungsgeschäftes. — Eine Monopol-Phantasmagorie in Rußland. — Freund: Die hauptsächlichen Nachteile der Nettokostenberechnung. — Die Versicherung des Haftpflichtinteresses an Eisenbahnwaggons auf Anschlußgleisen.

*Österreichische Zeitschrift für öffentliche und private Versicherung. (4. Jahrgang, 3. Heft.) Ovigstad: Invaliditäts- und Altersversicherung in Norwegen. — Höck: Die Vererblichkeit des Prämienrückerstattungsanspruches nach dem Pensionsversicherungsgesetze für Angestellte. — Brunn: Die Versicherung der Selbständigen in der Deutschen Sozialversicherung. — Smolensky: Beitrag zu einer Theorie der Abschlußkosten in der Lebensversicherung. — Stier-Somlo: Erfahrungen bei Einführung der deutschen Reichsversicherung.

*Versicherungswissenschaftliche Mitteilungen. (Wien, 9. Band, 1. Heft.) Blaschke: Die Todesursachen bei österreichischen Versicherten nach fünfjährigen Geschäftsperioden im Zeitraume 1876 bis 1900. II. Anhang zum III. Bande der „Absterbeordnungen aus Beobachtungen an österreichischen Versicherten, Wien 1907".

*Archief voor de Verzekerings-Wetenschap. (s'Gravenhage, 4. Teil.) Mounier: Nog eens: Een oude regel uit de praktijk. — Harmsen: Aanteekeningen over groepsgewijze reserveberekening. — Delsman: Toepassing van selectie-tafels op het risicotrief met overgang naar keuze. — van Haaften: Verdubbeling van kapitaal. — Fischer: Een probleem der waarschijnlijkheidsrekening.

*Verzekeringsbode. (Rotterdam, 33. Jahrgang, Nr. 27 bis 35.) Jaarverslag der vereeniging voor levensverzekering over het jaar 1913. — Schouten: Methoden van reserveberekening. — De strijd tusschen handel en wetenschap. — Manes: Versicherungs-Agenten und Makler unter Staatsaufsicht. — Een opvatting omtrent oorlogsrisico.

*Zonneschijn. (Hilversum, 14. Jahrgang, Nr. 4.) Beka: De positie van den agent.

*Bulletin des Assurances Sociales. (Paris, 25. Jahrgang, Nr. 11.) Fuster: Chronique. — Kaskel: Accidents de la vie quotidienne. — Théate: Chronique. — Texte de la loi du 25 février 1914 sur les ouvriers des mines. Invalidité. Adaptation et continuation du travail. — Grande-Bretagne. Fuster: Chronique. — Russie. Kurnatowski: Maladie, Accidents. Les lois d'assurance ouvrière et leur application. — Suisse. Fuster: Ass. populaire vie. L'évolution de l'esprit de prévoyance depuis un quart de siècle, d'après l'exemple de la Suisse.

*Mitteilungen der Vereinigung schweizerischer Versicherungsmathematiker. (Bern, 9. Heft, 1914.) Moser: Der Zeichenwechselsatz. — Kihm: Die Berechnung der Risikoprämie und des Sterblichkeitsgewinnes. — Blattner: Die Verschollenheit und die Lebensversicherung. — Küttner: Beiträge zur Theorie der sozialen Witwenversicherung. — Jester: Grundzahlen der Krankenversicherung.

*Schweizerische Versicherungs-Zeitschrift. (Zürich, 6. Jahrgang, Heft 8.) Hagemann: Die rechtliche Stellung des Versicherungsnehmers für fremde Rechnung.

*Journal of the Institute of Actuaries. (London, 48. Jahrgang, Part II.) King: On the extension of existing valuation methods of grouping policies by the employment of a system of weights. — Sheppard: Graduation by reduction of mean square of error. — Hun-

ter: The medico-actuarial investigation of the mortality of American and Canadian-life assurance companies. — Sharman: Legal notes.

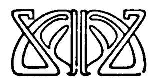
*Journal of the Royal Statistical Society. (London, Vol. 77, Part. 6.) Edgeworth: On the use of analytical geometry to represent certain kinds of statistics.

*Market World and Chronicle. (New York, Jahrgang 1914, Vol. VII, Nr. 12 bis 21.) Iraniy: The public fire insurance institutions of Germany in 1912. — Bradbury: Absurdity and injustice of the New York compensation act. — Ireland: The amortization of insurance investments. — Vliebergh: Agricultural accident insurance in Belgium. — Epsteen: An argument for group life insurance. — Fifty years of progress in casualty insurance. — Federal supreme court upholds right of the states to fix the price of insurance. — May: The significance of diabetic family history in life insurance. — When and what is an injury under workmen's compensation. — Gibbons: The theory of lines in fire insurance. — Proposed state monopolization of insurance in Russia. — The insurance of agricultural laborers against accidents in Holland. — Urges regulation as topic for world's insurance congress. — The assignment of life assurance policies. — Workmen's compensation legislation in Roumania. — Frame workmen's compensation law for Louisiana.

*Transactions of the Faculty of Actuaries. (London, Vol. VII, Part. III, Nr. 65.) Maclean: Valuation with allowance for initial expense.

*Internationale Agrar-Ökonomische Rundschau. (Rom, 5. Jahrgang, Heft 3.) Die Unfallversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter durch die „Landbouw-Onderlinge".

*Bulletin des Internationalen Arbeitsamtes. (Jena, Band XIII, Heft 1 bis 4.) Südafrika: Bergarbeiterschwindsuchtsgesetz. — Norwegen: Krankenversicherungsgesetz von 1911; Gesetz, betr. Unfallversicherung der Arbeiter in Fabriken von 1911. — Schweden: Gesetz von 1913, betr. allgemeine Pensionsversicherung.



Schluß der Redaktion: 5. Juni 1914.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W 30.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71.



Abhandlungen.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Von Wirklichem Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann (Berlin).

Unter Selbstverwaltung wird die Befugnis öffentlicher Körperschaften verstanden, ihre Angelegenheiten nach eigenem Ermessen zu regeln und zu verwalten. Dieses freie Ermessen findet seine Grenzen in dem Interesse, das der Staat an der Führung der Geschäfte der öffentlichen Körperschaft nehmen muß. Je wichtiger die Aufgaben der öffentlichen Körperschaft und je größer ihre Befugnisse, um so näher liegt eine Beschränkung des freien Ermessens, der freien Selbstverwaltung. In keinem Falle ist die Selbstverwaltung Selbstzweck; sie muß stets hinter das öffentliche Interesse zurücktreten.

Die Krankenkassen haben sich anfangs einer sehr weitgehenden Selbstverwaltung erfreut; sie wurden im wesentlichen nur insoweit beaufsichtigt, als die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften in Frage stand. Zweckmäßigkeitserwägungen mußten dabei grundsätzlich ausscheiden. Diese auffallende Freiheit der Selbstverwaltung hatte offenbar ihren Grund darin, daß die Krankenkassen mehr oder weniger als eine Fortsetzung der freien Hilfskassen angesehen wurden, bei denen die Beschränkung der Aufsichtsbefugnisse auf das geringste Maß ausreichend erschien. Dabei wurde aber nicht genügend berücksichtigt, daß die freien Hilfskassen, auch soweit sie durch ortsstatutarische Regelung mit Beitrittszwang ausgestattet waren, in der Hauptsache Schöpfungen der beteiligten gewerblichen Arbeiter waren, denn von der durch das Preußische Gesetz betr. die gewerblichen Hilfskassen vom 3. April 1854 (Gesetz.-Samml. S.138) den Regierungen beigelegten Befugnis, da, wo dem obwaltenden Bedürfnisse durch Ortsstatut nicht genügt wurde, selbst die Errichtung von Kassen mit Beitrittszwang anzuordnen, ist, wie auch in der allgemeinen Begründung zu dem Entwurf eines Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter (Nr. 14 der Drucksachen des Reichstags. 5. Legislatur-Periode I. Session 1882) ausdrücklich anerkannt ist, nur in geringem Umfange Gebrauch gemacht worden.

Für die sachgemäße und erfolgreiche Durchführung der Krankenversicherung wurden durch das Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) in die Verwaltung der Krankenkassen selbst keine Garantien gelegt, nur im Aufsichtswege sollte etwaigen Mißbräuchen entgegengetreten werden. Im übrigen waren die Krankenkassen gezwungen, die gesetzlichen Mindestleistungen zu gewähren; sie durften Mehrleistungen nur in dem gesetzlich zugelassenen Umfange gewähren. Ihre Satzungen mußten genehmigt werden und ihre Rechnungsabschlüsse und Mitgliederübersichten nach vorgeschriebenen Formularen alljährlich der Aufsichtsbehörde

eingereicht werden. Außerdem waren die Krankenkassen verpflichtet, ihre Einnahmen und Ausgaben im Gleichgewicht zu halten; sie durften nur für die gesetzlich zugelassenen Zwecke Beiträge erheben und Ausgaben machen.

Für die eigentliche Aufsicht war die Vorschrift des § 45 maßgebend, welche lautete:

„Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Mitglieder des Kassenvorstandes erzwingen.

Sie ist befugt, von allen Verhandlungen, Büchern und Rechnungen der Kasse Einsicht zu nehmen und die Kasse zu revidieren.

Sie kann die Berufung der Kassenorgane zu Sitzungen verlangen und, falls diesem Verlangen nicht entsprochen wird, die Sitzungen selbst anberaumen.

In den auf ihren Anlaß anberaumten Sitzungen kann sie die Leitung der Verhandlungen übernehmen.

Solange der Vorstand oder die Generalversammlung nicht zustande kommt oder die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmäßigen Obliegenheiten verweigern, kann die Aufsichtsbehörde die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst oder durch von ihr zu bestellende Vertreter auf Kosten der Kasse wahrnehmen."

Bei einem Vergleich dieser Vorschriften mit den Vorschriften, die für die Beaufsichtigung der eingeschriebenen Hilfskassen maßgebend waren, fällt der wichtige Unterschied auf, daß gegen die Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Geldstrafen und gegen die Anwendung der sonstigen, der Aufsichtsbehörde nach den Landesgesetzen zustehenden Zwangsbefugnisse den Vorständen der eingeschriebenen Hilfskassen ausdrücklich das Rechtsmittel des Rekurses nach Maßgabe der Gewerbeordnung §§ 20, 21 zugelassen war. In Preußen konnten danach die Anordnung, um deren Durchführung es sich handelte, sowie die Androhung, Festsetzung und Vollstreckung nach Maßgabe des Landesverwaltungsgesetzes §§ 127 ff. also im Verwaltungszwangsverfahren angefochten werden. Dagegen konnten die von den Aufsichtsbehörden bei Handhabung der Aufsicht erlassenen Anordnungen und Verfügungen von den Krankenkassen nur durch eine fristlose Beschwerde im Aufsichtswege angefochten werden. Der Grund für diese Verschiedenheit ist offenbar darin zu suchen, daß bei den Hilfskassen, deren Mitglieder ausschließlich freiwillig beigetreten sind und aus denen der Austritt jederzeit offensteht, Garantien für eine in engsten Grenzen gehaltene Aufsicht eher notwendig erschienen, als bei den Krankenkassen mit ihren Zwangsbefugnissen und den weitergehenden Hoheitsrechten. Aus diesem Grund stand auch den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen insbesondere die Befugnis zu, die Rechte und Pflichten der Organe der Krankenkassen zu übernehmen, wenn diese die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmäßigen Obliegenheiten verweigerten oder die Wahlen nicht zustande kamen.

An dem Inhalte der Aufsichtsbefugnisse ist durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetze vom 10. April 1892 (RGBl. S. 73) nichts geändert, weil sie sich zunächst als ausreichend erwiesen. Nachdem aber durch die Erschwerung der Beteiligung der Hilfskassen an der Durchführung der Krankenversicherung gewisse Strömungen in der Verwaltung der Ortskrankenkassen hervortraten, die eine von rein sachlichen Gesichtspunkten geleitete Geschäftsführung in Frage stellten, schien der Zeitpunkt für eine gründlichere Beaufsichtigung gekommen zu sein. Die durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetze vom 25. Mai 1903 (RGBl. S. 233) herbeigeführten Änderungen bewegen sich aber in nur mäßigen Grenzen. Zunächst wurde dem Vorsitzenden des Vorstandes die Verpflichtung auferlegt, Beschlüsse der Kassenorgane, welche gegen die gesetzlichen oder statutarischen Vorschriften verstießen, unter Angabe der Gründe durch Bericht bei der Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Weiter wurde die Möglichkeit vorgesehen, Vorstandsmitglieder, Rechnungs- oder Kassenführer, die infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über ihr Vermögen beschränkt waren, oder gegen die auf Verlust der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter oder auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt war, oder hinsichtlich deren Tatsachen bekannt wurden, welche sich als grobe Verletzung der Amtspflichten in bezug auf die Kassenführung darstellten, oder gegen die das Hauptverfahren wegen eines Verbrechens oder Vergehens eröffnet war, das die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte oder der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter zur Folge haben konnte, bis zur Beendigung des Strafverfahrens durch die Aufsichtsbehörde ihres Amtes entheben zu lassen. Irgendwelche praktische Bedeutung hat diese Vorschrift nicht erlangt.

Diesem schüchternen Eingriff in die Selbstverwaltung der Krankenkassen stand aber eine erhebliche Erweiterung derselben gegenüber, indem vom Reichstage dem § 45 RVG. folgender Abs. 6 angefügt wurde:

„Die von der Aufsichtsbehörde auf Grund des Abs. 1 oder des Abs. 5 getroffenen Anordnungen können von dem Vorstand oder von der Generalversammlung der Kasse oder von dem durch die Anordnung betroffenen Vorstandsmitgliede binnen vier Wochen nach der Zustellung auf dem im § 24 bezeichneten Wege angefochten werden, sofern die Anfechtung darauf gestützt wird, daß die getroffene Anordnung rechtlich nicht begründet und die Kasse oder das Vorstandsmitglied durch die Anordnung in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet wird."

Es sollte dadurch die Entscheidung der reinen Rechtsfragen den Verwaltungsgerichten überwiesen werden, während alle übrigen Fragen dem Beschwerdeverfahren und den Verwaltungsbehörden vorbehalten bleiben sollten. Die Absicht, die die Mehrheit des Reichstages mit dieser Neuerung verfolgte, wurde nicht erreicht, weil es ausreichte, daß der von der Anordnung der Aufsichtsbehörde Betroffene einfach behauptete, er sei in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet. Da auch



die Verwaltungsbehörden aus Zweckmäßigkeitserwägungen die Aufsicht nicht führen und übernehmen konnten, so blieb für sie tatsächlich so gut wie nichts übrig; nur wenn sie ein Einschreiten ablehnten, konnte die Aufsichtsbeschwerde erhoben werden und Erfolg haben. Ganz unbeabsichtigt hatte somit die Mehrheit des Reichstages alle Beschwerden über Verfügungen und Anordnungen der Aufsichtsbehörden in das Verwaltungsstreitverfahren gelenkt und dadurch der Selbstverwaltung der Krankenkassen die größte Bewegungsfreiheit geschenkt. Während bis dahin bei Aufsichtsbeschwerden immerhin noch in geringem Maße Zweckmäßigkeitserwägungen zum Ausdruck gebracht werden konnten, war fortan der reine Rechtsstandpunkt in den Vordergrund gestellt und allein maßgebend. Die formellen Vorschriften des Verwaltungsstreitverfahrens, auf deren Befolgung die Verwaltungsgerichte halten mußten, führten im übrigen dazu, den Krankenkassen das Selbstbewußtsein zu stärken und bei den Aufsichtsbehörden ein unbequemes Gefühl der Ohnmacht hervorzurufen. Bekannt ist, daß seit jener Zeit fast alle Anordnungen der Aufsichtsbehörden im Verwaltungsstreitverfahren namentlich vom Oberverwaltungsgericht aufgehoben worden sind, weil sie im Krankenversicherungsgesetz keine Unterlagen fanden, also einer Prüfung vom rein rechtlichen Standpunkte nicht standhalten konnten, oder weil in formeller Beziehung Mängel vorlagen. Daß diese Überspannung des Selbstverwaltungsrechts auf die Dauer unhaltbar erscheinen und zu Gegenmaßregeln führen mußte, lag auf der Hand.

Die Beschränkungen der Selbstverwaltung, die die Reichsversicherungsordnung gebracht hat, sind durch die Unzuträglichkeiten veranlaßt, die bei der Verwaltung der Ortskrankenkassen immer aufdringlicher in die Erscheinung getreten sind, und über deren Vorhandensein und Tragweite nicht mehr gestritten zu werden braucht, nachdem die überwältigende Mehrheit des Reichstages die Notwendigkeit einer Änderung der bisherigen Gesetzgebung anerkannt hat. Die Reichsversicherungsordnung ist zwar nicht dazu übergegangen, das Aufsichtsrecht an sich zu erweitern und zu bestimmen, daß es auch von Erwägungen der Zweckmäßigkeit gehandhabt werden könne; denn auch der § 30 RVO. schreibt vor, daß sich das Aufsichtsrecht darauf zu erstrecken habe, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Immerhin ist hier die allgemeine Änderung hervorzuheben, daß gegen die Anordnungen des Versicherungsamts nicht mehr das Verwaltungsstreitverfahren mit mündlichen Verhandlungen, sondern das Beschwerdeverfahren zugelassen ist. Das hat naturgemäß eine ganz andere geschäftliche Behandlung der Beschwerden zur Folge und schließt nicht aus, daß Zweckmäßigkeitserwägungen nicht ganz außer acht gelassen werden müssen, und zwar gilt dies auch für die Fälle, wo die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts oder der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts zur Entscheidung berufen ist, weil die Beschwerde darauf gestützt wird, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet sei und den Beschwerdeführer in einem Rechte verletze oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belaste (RVO. § 377 Abs. 2).

Die Reichsversicherungsordnung wählt einen anderen Weg, um die sachgemäße Verwaltung der Krankenkassen zu gewährleisten, indem sie einzelne, wichtige Zweige der Geschäftsführung der Krankenkassen eingehend regelt und dabei den Einfluß der Arbeitgeber auf die Verwaltung, ohne ihren Beitragsteil zu ändern, stärkt. In erster Linie kommt hierbei die Ortskrankenkasse in Frage. Über die hierfür maßgebenden Erwägungen wird in der Begründung (S. 111) folgendes ausgeführt:

„Wenn man hiernach auch ganz von der Frage absieht, in welchem Maße Mißbräuche bei den Ortskrankenkassen tatsächlich bereits vorgekommen sind, so wird man die Notwendigkeit, wirksame Kautelen zu schaffen, schon aus der Tatsache herleiten müssen, daß das geltende Recht hier in weitem Umfang die Möglichkeit von Mißbräuchen, nicht aber in gleichem Maße die Mittel zur Abhilfe bietet. Reich und Staat haben nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, darüber zu wachen, daß Einrichtungen, die sie selbst für bestimmte gemeinnützige Zwecke und nur für diese geschaffen haben, nicht außerhalb des Rahmens ihrer gesetzlichen Aufgaben willkürlich andere, ihrer Bestimmung völlig fremde Zwecke verfolgen und damit mittelbar oder unmittelbar das Gemeinwohl schädigen. Maßnahmen der Gesetzgebung, die sich auf die Sorge hierfür beschränken, bedeuten kein Schmälern der Selbstverwaltung. Ebensowenig verfolgen sie politische Ziele, wenn sie politische Einflüsse von unpolitischen Organisationen fernzuhalten suchen. Dementsprechend ist der vorliegende Entwurf bestrebt, die gegen Mißbrauch unerläßlichen Maßnahmen so zu gestalten, daß sie die Freiheit der Selbstverwaltung nicht unberechtigt einschränken. Denn gerade auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge ist diese besonders hoch einzuschätzen. Aus diesem Grunde sucht der Entwurf die nötigen Kautelen weniger in einer Mehrung der Aufsichtsbefugnisse, als darin, daß er die Verfassung der Kassen selbst besser ordnet, die nötige Rücksicht auch auf die Minderheitsgruppen nimmt und die Rechte und Pflichten zwischen den beiden Faktoren der Selbstverwaltung, den Arbeitgebern und den Versicherten, billiger und gerechter verteilt.“

Von den in Betracht kommenden Maßnahmen sind zu erwähnen:

1. *Die Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes.* Bei den Betriebskrankenkassen ist der Betriebsunternehmer oder ein von ihm bestellter Vertreter kraft Gesetzes Vorsitzender des Vorstandes, während nach dem KVG. der Betriebsunternehmer zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt werden konnte. Eine wesentliche praktische Bedeutung kommt dieser Änderung nicht zu, weil ohnehin der Unternehmer der Regel nach zum Vorsitzenden gewählt wurde, zumal er durch Auflösung der Kasse es in der Hand hatte, einen ihm nicht genehmen Vorsitzenden zu beseitigen. Nach der Gewerbeordnung § 98 konnten die Innungsmitglieder nur dann den Vorsitzenden der Innungskrankenkasse wählen, wenn sie sich zur Zahlung der Hälfte der Beiträge verpflichtet hatten. Durch die RVO. § 341 ist insofern eine Änderung eingetreten, als nunmehr die Innung stets den Vorsitzenden bestellt. Der Vorsitzende des Vorstands der Landkranken-

kassen, die in der Hauptsache Personen, die noch nicht der Versicherungspflicht unterlagen, umfassen, wird von der Vertretung des Gemeindeverbandes, in Preußen von dem Kreistage und von der Stadtverordnetenversammlung gewählt. Dieses Wahlverfahren ist nach der Begründung (S. 112) aus dem Grunde gewählt worden, weil die ländlichen Arbeiter, die als Mitglieder der Landkrankenkassen in erster Linie in Frage kommen, mit der Ausübung von Selbstverwaltungsrechten noch minder vertraut und auch dazu bei den großen Entfernungen weit weniger in der Lage seien als der gewerbliche Arbeiter.

Bei den allgemeinen und bei den besonderen Ortskrankenkassen wählen die Vertreter der Arbeitgeber und die Vertreter der Versicherten im Vorstand getrennt aus den Vorstandsmitgliedern den Vorsitzenden. Gewählt ist, wer aus beiden Gruppen die Mehrheit der Stimmen erhält. Kommt diese Mehrheit nicht zustande, so wird die Wahl auf einen anderen Tag anberaumt. Wird auch dieses zweite Mal eine Übereinstimmung der beiden Gruppen nicht erzielt, so benachrichtigt der Vorstand das Versicherungsamt, das alsdann einen Vertreter für den Vorsitzenden auf Kosten der Kasse bestellt, bis eine gültige Wahl zustande kommt. Dabei darf nur ein Arbeitgeber bestellt werden, wenn die Mehrheit der Gruppe der Versicherten nicht widerspricht und umgekehrt. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

Die Einrichtung der zwangsweisen Bestellung des Vertreters, der bereits in der Praxis die Bezeichnung „Zwangsvorsitzender“ erhalten hat, bedeutet eine erhebliche Beschränkung der Selbstverwaltung. Denn der Vorsitzende hat nicht nur die laufenden Geschäfte zu führen, sondern auch die Angestellten, die ihre dienstliche Stellung oder die Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung mißbrauchen, zu verwarnen und bei Wiederholung, nachdem ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden ist, sofort zu entlassen (RVO. § 354). Außerdem hat der Vorsitzende Beschlüsse des Vorstandes oder Ausschusses, die gegen Gesetz oder Satzung oder gegen die Dienstordnung der Angestellten verstoßen, durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden (RVO. §§ 8, 357). Die Furcht vor diesem Zwangsvorsitzenden hat in vielen Fällen die Versicherten, die bis dahin ausschließlich die Ämter des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden für sich in Anspruch nahmen, bewogen, eine der Stellen den Arbeitgebern einzuräumen, und zwar so, daß der Vorsitzende abwechselnd aus der Gruppe der Arbeitgeber und der Versicherten gestellt wird, und daß, wenn ein Arbeitgeber Vorsitzender ist, den Versicherten der stellvertretende Vorsitz zufällt. Trotzdem hat sich in größerem Umfang und selbst bei ganz großen Kassen die Notwendigkeit herausgestellt, für den Vorsitzenden einen Vertreter zu bestellen, weil eine Einigung zwischen den beiden Gruppen nicht zu erzielen war. Zu beachten ist auch, daß durch die Ernennung des Zwangsvorsitzenden in der Regel der Einfluß der Arbeitgeber auf die Verwaltung der Kasse noch gestärkt wird, weil der Stellvertreter als Mitglied des Vorstandes volles Stimmrecht hat und bei Stimmengleichheit den Ausschlag gibt.



2. Im übrigen wird der Vorstand selbst von dem Ausschusse nach dem Verhältniswahlverfahren in der Weise gebildet, daß ein Drittel der Mitglieder von den Arbeitgebern und zwei Drittel von den Versicherten gewählt werden (RVO. §§ 15, 335). An die Stelle der Generalversammlung des KVG., die nur bei Kassen mit mehr als 500 Mitgliedern aus Vertretern bestehen mußte, ist der *Ausschuß* getreten, der aus höchstens 90 Vertretern, bei Betriebskrankenkassen aus höchstens 50 Vertretern der Versicherten besteht (RVO. §§ 332, 338). Diese Änderung hat zur Folge, daß das Verantwortlichkeitsgefühl der Vertreter gehoben wird und die Generalversammlungen den Charakter einer Volksversammlung verlieren. Im übrigen sind die Befugnisse des Ausschusses, der auch nach dem Verhältniswahlverfahren gewählt wird, gegenüber dem Vorstand genau abgegrenzt mit der Maßgabe, daß Aufgaben, die das Gesetz dem Vorstande vorbehält, durch die Satzung nicht auf den Ausschuß übertragen werden dürfen (s. Begründung S. 205). Er beschließt über alles, was nicht Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand überweist (RVO. § 345). Im allgemeinen hat der Ausschuß die gleichen Aufgaben wie früher die Generalversammlung. Neu ist, daß er bei Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken mit dem Vorstand zusammen die Kasse vertritt und daß er zu der vom Vorstand aufgestellten Dienstordnung sowie zu Vorstandsbeschlüssen über Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen seine Zustimmung zu erteilen hat (RVO. § 346). Die Gleichberechtigung des Ausschusses gegenüber dem Vorstand und sein erhöhter Einfluß auf die Verwaltung der Kasse kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß der Ausschuß jetzt einen eigenen Vorsitzenden haben muß, während früher der Vorsitzende des Vorstandes den Vorsitz in der Generalversammlung führte; vgl. RVA. Beschl. vom 18. Oktober 1913 (Amtl. Nachrichten S. 839). Der Ausschuß muß nach der RVO. eine Krankenordnung aufstellen, die der Genehmigung des Vorsitzenden des Versicherungsamts bedarf und, wenn sie nicht rechtzeitig vorgelegt wird, zwangsweise vom Vorsitzenden des Versicherungsamts erlassen wird. Auch sonst bedürfen Beschlüsse des Ausschusses der Genehmigung, und zwar bei Änderungen der Satzung und bei Erlaß der Dienstordnung; in beiden Fällen ist das Oberversicherungsamt zuständig (RVO. §§ 324, 355). Will der Ausschuß auf die Geltendmachung der Haftung des Vorstandes verzichten, so bedarf er hierzu nach RVO. § 23 der Genehmigung des Vorsitzenden des Versicherungsamts.

3. Eine wichtigere Neuerung für die Verwaltung der Krankenkasse besteht darin, daß die Kassenorgane (Vorstand und Ausschuß) in bestimmten Fällen ihre Beschlüsse in getrennter Abstimmung der Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten fassen und daß ein gültiger Beschluß erst vorliegt, wenn die Mehrheit der beiden Gruppen übereinstimmt *(itio in partes)*. Dadurch ist der kleineren Gruppe der Arbeitgeber in wichtigen Entschließungen der gleiche Einfluß eingeräumt wie der Gruppe der Versicherten, die entsprechend ihrem Beitragsteil über zwei Drittel der Stimmen verfügen.

Eine itio in partes ist vorgeschrieben bei der Beschlußfassung im Vorstand:

a) für die Wahl des Vorsitzenden der Ortskrankenkassen (RVO. § 328 Abs. 2, § 329 Abs. 2);
b) für die Anstellung der Beamten und Kassenangestellten (RVO. § 349);
c) für die Entlassung und Kündigung der Angestellten (RVO. § 354 Abs. 2);
d) für die Verwendung von Kassenmitteln zu anderen Kassenvereinigungen als Kassenverbänden (RVO. § 414).

Im Ausschusse muß eine getrennte Abstimmung stattfinden:

a) bei Satzungsänderungen in den in RVO. § 345 Abs. 3 bezeichneten Fällen,
b) bei Auflösung der Vereinigung von Krankenkassen (RVO. § 345 Abs. 3),
c) bei Erlaß der Dienstordnung (RVO. § 355 Abs. 2),
d) bei Erhöhung der Beiträge auf über 4½ vom Hundert zur Deckung der Regelleistungen und
e) bei Ortskrankenkassen bei Erhöhung der Beiträge über 6 vom Hundert zur Deckung der Regelleistungen.

Soweit es sich um Angelegenheiten handelt, bei denen ein positives Ergebnis erzielt werden muß, ist das Eingreifen des Versicherungsamts oder des Oberversicherungsamts vorgesehen. Dies ist der Fall bei der Wahl des Vorsitzenden der Ortskrankenkassen, bei Anstellung der Beamten und Kassenangestellten, bei Entlassung oder Kündigung von Angestellten und bei Erlaß der Dienstordnung. In den übrigen Fällen gilt, wenn ein übereinstimmender Beschluß nicht zustande kommt, die Angelegenheit als nicht zustande gekommen.

4. Das KVG. überließ die *Anstellung, Beschäftigung und Entlassung der für die Erledigung der Geschäfte der Krankenkassen erforderlichen Personen* dem freien Ermessen der Kassen. Als Teil der laufenden Geschäfte übernahm der Vorstand oder sogar der Vorsitzende des Vorstandes allein die Auswahl der Angestellten, wobei ihm sowohl hinsichtlich der Frage nach der Qualifikation als auch hinsichtlich der Größe des Bedarfs in der Regel völlige Handlungsfreiheit überlassen war. In einzelnen Fällen war durch die Satzung die Zustimmung der Generalversammlung vorgeschrieben. In der allgemeinen Begründung zur RVO. (S. 128) ist dargelegt, daß unter diesen Verhältnissen vielfach Personen angestellt wurden, die für die in Aussicht genommene Beschäftigung nicht die geringste Befähigung besaßen, und auch die Zahl der Kassenangestellten in zahlreichen Fällen das Bedürfnis überstiegen habe. Infolgedessen regelt die RVO. das Verhältnis zwischen Orts-, Land- und Innungskrankenkassen und Angestellten; dabei wird zwischen Angestellten und Beamten unterschieden. *Kassenbeamte* sind Beschäftigte, welche nach Maßgabe der Landesgesetzgebung Staatsbeamte oder gemeindliche Beamte sind, oder denen durch die oberste Verwaltungsbehörde auf Grund der RVO. § 359 Abs. 4 die Rechte und Pflichten der Staatsbeamten oder der gemeindlichen Beamten übertragen sind. Die RVO. rechnet ferner zu den Kassenbeamten diejenigen Personen, welche auf Grund der



RVO. § 359 Abs. 1 mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Diese sogenannten Kassenbeamten werden aber nur bei Auflösung, Schließung und Vereinigung von Krankenkassen sowie bei der Ausscheidung aus einer Krankenkasse den eigentlichen Beamten gleichbehandelt. Im übrigen gelten für sie die Vorschriften über die Angestellten.

Unter den *Angestellten* werden diejenigen wiederum besonders behandelt, welche nur auf Probe, zu vorübergehender Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden oder die das Amt ohne Entgelt nebenher ausüben. Diese stellt nach wie vor der Vorstand oder der Vorsitzende des Vorstandes an, sofern nicht für sie die Dienstordnung ausdrücklich für maßgebend erklärt wird.

Alle Beamte und alle Angestellte, für welche die Dienstordnung gilt, werden nur durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstand angestellt. Einigen sich die Gruppen nicht, so wird die Beschlußfassung auf einen anderen Tag anberaumt. Wird auch dann keine Einigung erzielt, so kann die Anstellung beschlossen werden, wenn mehr als zwei Drittel der Anwesenden dafür stimmen; ein solcher Beschluß bedarf der Bestätigung durch das Versicherungsamt. Sie darf nur auf Grund von Tatsachen versagt werden, die darauf schließen lassen, daß dem Vorgeschlagenen die erforderliche Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung seiner Dienstgeschäfte, oder Fähigkeit fehlt. Wird die Bestätigung versagt, so entscheidet auf Beschwerde des Vorstandes das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig. Kommt kein Anstellungsbeschluß zustande oder wird die Bestätigung endgültig versagt, so bestellt das Versicherungsamt auf Kosten der Kasse widerruflich die für die Geschäfte der Stelle erforderlichen Personen. Haben die Bestellten die Geschäfte ein Jahr lang geführt, so kann ihnen das Versicherungsamt mit Genehmigung des Oberversicherungsamts die Stelle endgültig übertragen, falls nicht inzwischen ein gültiger Anstellungsbeschluß gefaßt worden ist (RVO. §§ 349, 350).

Die Rechtsverhältnisse der eigentlichen Beamten sind in der RVO. nicht näher geregelt; für sie sind die entsprechenden Dienstvorschriften für Staats- oder Gemeindebeamte maßgebend. In Preußen, wo allen auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt im Kassendienst angestellten Personen die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten verliehen sind — vgl. Erlaß vom 18. Februar 1914 (Min.-Blatt d. Handels- und Gewerbeentscheidungen S. 79) —, gelten die für Kommunalbeamten maßgebenden Vorschriften der Landesgesetze. Für das Disziplinarverfahren ist ein besonderes Gesetz in Aussicht genommen. Im übrigen werden die Rechte und Pflichten der Beamten für jede Kasse durch ein vom Oberversicherungsamt zu erlassendes Regulativ geregelt. Da diese Beamten der Dienstaufsicht der Behörden unterstellt sind, welche die Dienstaufsicht über die entsprechenden Gemeindebeamten führen, so sind sie dem Einflusse des Kassenvorstandes fast ganz entzogen, was naturgemäß eine wesentliche Beschränkung der Selbstverwaltung der Kassen bedeutet.

Aber auch gegenüber den Angestellten sind durch die RVO. die Befugnisse des Vorstandes wesentlich beschränkt worden. Zunächst hat jede Kasse eine Dienstordnung für ihre Angestellten aufzustellen, in der die Rechts- und allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten, insbesondere der Nachweis zur fachlichen Befähigung, ihre Zahl, die Art der Anstellung, die Kündigung oder Entlassung und die Festsetzung von Strafen geregelt werden muß. Sie enthält einen Besoldungsplan, die Regelung der Gehaltszahlung bei unverschuldeter Arbeitsbehinderung, die Dienstalterszulagen und die Voraussetzungen für die Beförderung sowie für die Gewährung von Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge (RVO. §§ 352, 353). Die Kündigung oder Entlassung der Angestellten darf nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Vorstand, und wenn ein solcher Beschluß nicht zustande kommt, auf Beschluß der Vorstandsmehrheit mit Zustimmung des Vorsitzenden des Versicherungsamts ausgesprochen werden, und zwar nach zehnjähriger Beschäftigung nur aus einem wichtigen Grunde. Wenn aber ein Angestellter seine dienstliche Stellung oder seine Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung innerhalb seiner dienstlichen Tätigkeit mißbraucht, so hat der Vorsitzende des Vorstandes ihn zu verwarnen und bei Wiederholung sofort mit Genehmigung des Vorsitzenden des Versicherungsamts zu entlassen (RVO. § 354). Macht der Vorstand oder sein Vorsitzender gegen einen Angestellten von dem Kündigungs- oder Entlassungsrecht keinen Gebrauch, obwohl ein wichtiger Grund vorliegt, so kann ihn der Vorsitzende des Versicherungsamts dazu anhalten (RVO. § 357). Sowohl im Vorstand als auch im Ausschuß beschließen über die Dienstordnung die Arbeitgeber und die Versicherten getrennt. Die Dienstordnung bedarf der Genehmigung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts. Über die Bestimmungen, über welche sich die beiden Gruppen im Vorstand oder im Ausschusse nicht geeinigt haben, entscheidet der Vorsitzende des Oberversicherungsamts. Im übrigen darf die Genehmigung nur versagt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere, wenn Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnisse zu ihren Aufgaben stehen. Wird die Genehmigung versagt, so entscheidet auf Beschwerde die oberste Verwaltungsbehörde. Reicht die Kasse trotz Aufforderung in der gesetzten Frist keine Dienstordnung ein, so stellt der Vorsitzende des Oberversicherungsamts die Dienstordnung rechtsverbindlich fest (RVO. § 355). Beschlüsse der Kassenorgane, die gegen die Dienstordnung verstoßen, muß der Vorsitzende des Vorstandes durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde beanstanden (RVO. § 357).

5. Durch die RVO. sind die Kassen auch insofern in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt worden, als sie Kassenmittel für den Besuch von *Versammlungen*, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen, nur nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde verwenden dürfen (RVO. § 363 Abs. 2). Dadurch soll nach der Begründung (S. 211) auch die Streitfrage beseitigt werden, ob Krankenkassen solche Versammlungen überhaupt besuchen dürfen. Im übrigen soll davon ausgegangen werden, daß die Kasse selbst aus dem Verlauf und dem Ergebnisse der Versammlung für die

Zwecke der eigenen Verwaltung Nutzen ziehen kann. „So würde es beispielsweise nicht gerechtfertigt sein, wenn eine kleine Kasse, deren Mittel gerade nur die gesetzlichen Regelleistungen decken, eine Tagung beschicken wollte, die sich lediglich mit der zweckmäßigsten Art befassen soll, wie große, kostspielige Heilanstalten herzustellen sind. Auch in der Zahl der entsandten Vertreter muß Maß gehalten werden: nur in seltenen Ausnahmefällen wird ein Bedürfnis dafür anerkannt werden können, daß eine einzelne Kasse mehr als einen Vertreter schickt. Allgemein für das Reich gültige Vorschriften hierfür lassen sich im Entwurfe bei der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse nicht aufstellen; vielmehr wird die nähere Regelung zweckmäßiger den obersten Verwaltungsbehörden der einzelnen Bundesstaaten überlassen."

Für Preußen sind hierüber Bestimmungen im Erlaß vom 12. Juni 1914 (Min.-Blatt der Handels- und Gewerbeverwaltung S. 326) getroffen.

Ob neben Kassenverbänden die Krankenkassen auch *Kassenvereinigungen* bilden und hierfür Kassenmittel aufwenden dürfen, war nach dem KVG. streitig. Solche Vereinigungen sind mehrfach gebildet worden. Nach der RVO. dürfen für Kassenvereinigungen Kassenmittel nur mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstande verwendet werden; auch darf die Vereinigung nur mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde Aufgaben des Kassenverbandes übernehmen (RVO. § 414).

Endlich ist noch zu erwähnen, daß das Versicherungsamt an Stelle der Kasse gegen den Vorstand ohne weiteres, auch abgesehen von der Weigerung des Ausschusses, die Haftung aus seiner Geschäftsführung geltend machen kann (RVO. § 23).

Die vorstehenden Ausführungen lassen erkennen, daß die Verwaltung der Krankenkassen durch die RVO. im Hinblick auf den öffentlich-rechtlichen Charakter der Versicherung wesentlich eingehender geregelt ist, als dies bisher der Fall war. Die Maßnahmen bedeuten einen wichtigen Schritt auf dem Wege vorwärts, der Verwaltung der Krankenkassen, namentlich der Orts- und Landkrankenkassen, einen behördlichen Charakter zu verleihen, wie er sich bei der weiten Ausdehnung des Versicherungszwanges auf alle Kreise der Bevölkerung eigentlich von selbst verstehen sollte. Die Orts- und Landkrankenkassen sind Einrichtungen geworden, die für alle Bevölkerungsklassen geschaffen sind, und die sich mit ihren weitgehenden Zwangsbefugnissen allenthalben bemerkbar machen. Nachdem durch die Zusammenlegung der Krankenkassen zu großen leistungsfähigen Versicherungsträgern ihr Geschäftsbetrieb einen ganz anderen Charakter angenommen hat, wird sich auf die Dauer die Prüfung der Frage nicht von der Hand weisen lassen, ob solche Versicherungseinrichtungen, die viele Tausende, ja Hunderttausende von Mitgliedern umfassen, noch ehrenamtlich verwaltet werden können, und ob der an der Spitze stehende Arbeitgeber oder Versicherte ohne Beeinträchtigung der Aufgabe seines Berufs noch in der Lage ist, die Geschäfte wirklich zu leiten. In gewissem Umfange hat die RVO. auch schon die Verwaltung der Orts- und Landkrankenkassen durch einen von dem Gemeindeverbande bestellten Vertreter vorgesehen, nämlich dann,

wenn die Beiträge die Höhe von 6 vom Hundert des Grundlohnes erreicht haben und der Gemeindeverband nach der RVO. §§ 389, 390 Beihilfen aus eigenen Mitteln leisten muß. Hier finden sich, abgesehen von der oben erwähnten Bestellung eines Vertreters des Vorsitzenden beim Nichtzustandekommen der Wahl des Vorsitzenden der Ortskrankenkassen Ansätze für eine bureaukratische Verwaltung der Orts- und Landkrankenkassen, die in ihrer weiteren Entwicklung bei diesen Kassenarten zu einer völligen Änderung der Geschäftsführung hinüberleiten können. Schon die Begründung zur RVO. (S. 123) steht diesem Gedanken nicht völlig ablehnend gegenüber. Sie hält aber eine solche Änderung so lange nicht für geboten, als nicht auf anderem Wege die Wahl eines unparteiischen Vorsitzenden erreicht werden kann:

„Wo Arbeitgeber und Arbeitnehmer in öffentlich-rechtlichen Organen gleichberechtigt zusammenwirken, pflegt ihnen der Regel nach für die Leitung der Verhandlungen, zum Ausgleich auftauchender Meinungsgegensätze und nötigenfalls als ausschlaggebender Faktor ein unparteiischer Vorsitzender beigegeben zu sein. So bei den Gewerbe- und Kaufmannsgerichten sowie bei den jetzigen Schiedsgerichten und anderen Einrichtungen der Arbeiterversicherung selbst. Dies hat sich allgemein bewährt. Es lag daher nahe, auch für die Krankenkassen an die gleiche Einrichtung zu denken. Bei den Krankenkassen selbst hat der Plan indessen keinen Anklang gefunden. Die in den Kassenvorständen tätigen Vertreter der Arbeitgeber so gut wie diejenigen der Versicherten haben die Bestellung eines gemeindlichen Kassenvorsitzenden fast einmütig bekämpft und als den Beginn der Bureaukratisierung der Krankenkassen und der Zersetzung ihrer Selbstverwaltung bezeichnet. Diese Besorgnis ist zwar zum mindesten außerordentlich übertrieben. Denn warum sollte das, was sonst allgemein gut wirkt, gerade auf diesem Gebiete solche mißlichen Folgen haben? Indessen läßt sich der mit dem Einsetzen eines unparteiischen Vorsitzenden verfolgte Zweck wenigstens bis zu einem gewissen Grade auch auf einem anderen Wege erreichen, der den Beteiligten weniger unwillkommen sein dürfte. Nicht freilich durch den Vorbehalt eines staatlichen Bestätigungsrechts für den Posten des Kassenvorsitzenden. Die Ausübung eines solchen Rechtes wirkt leicht verstimmend und schafft in der Regel doch nicht die gewünschte Gewähr. Überhaupt kommt es nicht so sehr darauf an, daß der Vorsitzende außerhalb der beiden Gruppen steht oder von einer außenstehenden Stelle gewählt oder bestätigt wird, als daß die Mitglieder der beiden Gruppen selbst die Überzeugung haben, daß er seines Amtes unparteiisch waltet, d. h. ohne Rücksicht auf seine Zugehörigkeit zu der einen oder der anderen der Gruppen selbst oder zu einer außerhalb des Kassenwesens stehenden Richtung politischer oder anderer Art. Wer von der Mehrheit jeder der beiden Gruppen gewählt ist, wird in ausreichendem Maße das Vertrauen der Mehrheit der Kassenmitglieder überhaupt besitzen und in diesem Sinne den Beteiligten selbst als »unparteiischer Vorsitzender« gelten. Dementsprechend beläßt es der Entwurf dabei, daß der Vorsitzende der Orts-

krankenkassen durch Wahl der Arbeitgeber und der Versicherten selbst aus ihrer Mitte bestellt wird; er fordert aber übereinstimmende Wahl durch beide Teile. Nur aushilfsweise, also für den Fall und auf so lange, als sich nicht beide Gruppen einigen, läßt er den Vorsitzenden durch die Aufsichtsbehörde vorläufig bestellen. Die Aussicht darauf, daß so wenigstens auf Zeit das Besetzungsrecht auf eine außerhalb der Kassengemeinschaft stehende Stelle übergehen würde, wird einen starken Antrieb abgeben, sich zu einigen und jenes Aushilfsmittel für die Regel entbehrlich machen.“

Daß sich diese Erwartung nicht in diesem Umfange erfüllt hat, ist bereits erwähnt.

Der Abschluß des Versicherungsvertrages und die rechtliche Natur des Versicherungsantrages nach deutschem und schweizerischem Recht.

Von Dr. jur. F. Basler (Winterthur).

A. Einleitung: Vertragsabschluß im allgemeinen und Versicherungsvertragsabschluß im besonderen und die verschiedenen Konstruktionsversuche zur Erklärung desselben.

Der Versicherungsvertrag ist ein Konsensualkontrakt; er wird durch einfache Übereinstimmung der gegenseitigen Willensäußerungen geschlossen. Es zeigt sich dabei keine Abweichung vom Vertragsschluß im allgemeinen. Durch eine eventuelle Parteiabrede, wonach erst durch Zahlung der ersten Prämie oder durch Einlösung der Police die Versicherung in Kraft treten soll, wird nicht der Abschluß des Vertrages in Frage gestellt, sondern die Wirksamkeit des perfekten Vertrages, der Eintritt der Versicherung.



Nach modernem Versicherungsvertragsrecht ist zwar eine Parteiabrede zulässig, wonach die Police Perfektionsform sein soll; beim Mangel einer solchen Abrede begnügt sich die Gesetzgebung damit, dem Versicherer die Beurkundung des Vertrages vorzuschreiben, in der Art, daß die Police sich charakterisiert als schlichte Beweisurkunde, die auf die Gültigkeit des Vertrages keinen Einfluß hat.

Der Abschluß des Versicherungsvertrages zeigt gegenüber dem Abschluß anderer Konsensualkontrakte gewisse Verschiedenheiten des tatsächlichen Vorganges, die zu verschiedenen rechtlichen Konstruktionsversuchen geführt haben.

Die erste Handlung bezüglich des kommenden Vertragsschlusses ist die Ausgabe von Prospekten seitens des Versicherers; über die rechtliche Natur derselben ist man einig. Es sind einfache Einladungen zu Versicherungsverträgen an eine unbestimmte Mehrzahl von Personen. Sie enthalten eine öffentliche Anpreisung, verbunden mit einer Einladung zur Stellung von Versicherungsanträgen. Abgerechnet gewisse Ausnahmen, denen wir bei der Behandlung der besonderen Abschlußverhältnisse in Abschnitt D noch begegnen werden, sind die Prospekte nicht bindend; sie dienen nur dazu, den Versicherungslustigen zu orientieren über die Grundsätze, nach denen diese Gesellschaft ihre Verträge abschließt. (Über die Prospektnatur siehe: *Ehrenberg,* 253 ff.; *Gerhard,* Kommentar zu § 2, Anmerkung 2 S. 18 mit Zusatz III zu § 49, S. 222; *Roelli,* Kommentar, 10 bis 11; B. G. XV, 414 [Anhang zum Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes 1905, Nr. 15]; OLG. München vom 12. Juli 1905 in A. Priv. Vers. 5, 86; *Lehmann,* Lehrbuch des Handelsrechtes, 1034, Note 1.)

In tatsächlicher Beziehung gestaltet sich der Versicherungsvertragsabschluß in der Regel dergestalt, daß der Versicherungslustige ein ihm vom Versicherer geliefertes Formular, die Deklaration, das Antragsformular, nach den dort gestellten Fragen ausfüllt und dem Versicherer, bzw. dem Agenten überreicht. Die Ausfüllung des Fragebogens bedeutet die Erfüllung der Anzeigepflicht. Dieses Antragsformular enthält oft auch schriftliche Bemerkungen, die Inhalt des zukünftigen Vertrages werden sollen; diese stammen hier aus den vorbereitenden Handlungen und ergänzen die allgemeinen Versicherungsbedingungen oder ändern sie ab; es sind dies die besonderen Versicherungsbedingungen. Diese Anträge enthalten oft auch Bestimmungen, durch welche der Antragsteller Verpflichtungen eingeht, so die Verpflichtung, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, einen amtlichen Altersausweis einzuliefern, die Police einzulösen, die erste Prämie zu bezahlen, niemandem von dem Antrag Mitteilung zu machen, keinesfalls beim Konkurrenten des Versicherers einzutreten, gewisse Kosten zu tragen, auch bei Ablehnung des Antrages usw. Der Versicherer prüft diese Anträge, zieht eventuell Erkundigungen ein und lehnt schließlich die Anträge ab oder nimmt sie an. Im letzteren Falle wird dem Antragsteller eine Police ausgestellt; der Versicherungsnehmer nimmt diese an und hat sie oft nebst einem Doppel, das der Versicherer erhält, zu unterschreiben.

Schwierigkeiten macht es nun, diesen Vorgang rechtlich zu erklären. Es frägt sich, ob wir hier die gleiche rechtliche Erscheinung haben, wie bei anderen Vertragsabschlüssen, ob der Versicherungsantrag der gemeinrechtlichen Vertragsofferte entspricht. Zweifelhaft ist ferner der Zeitpunkt der Perfektion des Versicherungsvertrages. Auch die im Versicherungsantrag dem Antragsteller auferlegten Verpflichtungen, von denen wir vorhin einige erwähnt haben, erschweren die rechtliche Erklärung des Vorganges; die rechtliche Konstruktion dieser im Versicherungsantrag enthaltenen Erklärungen scheint nicht durchgeführt werden zu können, ohne dem Versicherungsantrag die gemeinrechtliche Offertennatur zu nehmen. Auch die Gebundenheit an den Antrag weist auf eine Verschiedenheit von der gewöhnlichen Offerte hin. Ihren Grund haben alle diese Schwierigkeiten in der Eigenart des Versicherungsvertrages, in den Verschiedenheiten der Versicherungsbedingungen und den versicherungsrechtlichen Sonderbestimmungen einerseits und der allgemeinen, zivilrechtlichen Grundlagen anderseits. Alle in neuester Zeit sich widersprechenden Ansichten über den Abschluß des Versicherungsvertrages sind zurückzuführen auf die abweichenden Anschauungen über die rechtliche Natur des Versicherungsantrages und der darin abgegebenen Erklärungen. Ist man über diese Verhältnisse im klaren, so ergeben sich die Entscheidungen über den Zeitpunkt der Perfektion des Versicherungsvertrages und über die damit zusammenhängenden Probleme leicht.

Ein kurzer Hinweis auf die verschiedenen Konstruktionsversuche zur Erklärung des Versicherungsvertragsabschlusses wird hier wohl genügen, da in dieser Zeitschrift dieses Problem schon des öfteren erörtert wurde. Über den Begriff des Versicherungsantrages hat zuerst *Demelius* sich abweichend von der bisherigen Anschauung geäußert, die den Versicherungsvertrag als zivilrechtlichen Antrag behandelt. Das pactum de assecurando wurde von *Demelius* a. u. verteidigt im Z. f. ges. V. W. VII, 436 ff., IX, 128 ff., in Deutsche Versicherungs-Presse 1911, Nr. 32, 35, 40, 44, 46, in Deutsche Versicherungs-Zeitung Nr. 29, und in *Ehrenzweigs* Assekuranz-Jahrbuch 1912 I 133 bis 155. *Hagen* begründet die bisherige Rechtsanschauung in *Gerhards* Kommentar, § 160, Anmerkung 2 S. 646. *Joseph,* der neben dem zivilrechtlichen Antrag einen selbständigen Vertrag laufen läßt, führt dies des näheren aus in Z. f. ges. V. W. VIII, 688 ff., in *Ehrenzweigs* Assekuranz-Jahrbuch 1910 und in Deutsche Versicherungs-Presse, Nr. 35. In ähnlicher Weise äußert sich *v. Oertzen* in Z. f. ges. V. W. XI, 822 ff., speziell 824 bis 825. *Schneider* gibt über das vorliegende Thema Erörterungen in seinem Kommentar über das VVG., S. 16 ff. Ferner trat in der Deutschen Versicherungs-Presse 1911 Nr. 30 ein Dr. K. mit einer Ansicht auf, die ebenfalls wie *Demelius* usw. im „Antrag“ keine wahre Offerte sieht.

Überblicken wir diese verschiedenen Ansichten über die rechtliche Natur des Versicherungsantrages, die Bedeutung hat für die Zeitbestimmung der Vertragsperfektion, so beachten wir vor allem, daß die Urheber dieser Theorien in zwei Hinsichten voneinander ab-

weichen, in bezug darauf, ob beim Versicherungsantrag ein wirklicher Antrag im zivilrechtlichen Sinn vorliegt, unter Außerachtlassung der sogenannten Verpflichtungen im Versicherungsantrag, dann ferner in bezug auf die Erklärung der im Versicherungsantrag enthaltenen Verpflichtungen und ihrer Wirkungen auf die Natur des Versicherungsantrages. Alle mit Ausnahme *Hagens* sehen in der Existenz dieser Verpflichtungen eine Abweichung des Versicherungsantrages von dem Wesen einer gewöhnlichen Vertragsofferte; denn der Antrag des Zivilrechts könne als einseitige Willenserklärung keine Verpflichtungen begründen. Aus diesem Grunde sehen sie sich veranlaßt, ihre Konstruktionsversuche zu machen. Neben dieser Divergenz in der Erklärung des Wesens dieser Verpflichtungen sind diese aber auch darüber nicht einig, ob, abgesehen von diesen Verpflichtungen, ein zivilrechtlicher Antrag vorliege oder nicht. *Hagen, Joseph* und *v. Oertzen* lassen den Versicherungsantrag zivilrechtliche Offerte sein, während *Schneider, Demelius* und *Dr. K.* dies verneinen. *Schneider* sieht im Versicherungsantrag nur eine Aufforderung zu einem wahren Antrag (wobei er aber eine Einschränkung, die sich aus dem praktischen Verkehr ergebe, macht: Infolge der Beihilfe der Agenten enthalte nämlich der Antrag des Versicherungslustigen meistens alles, was der § 145 BGB. unter „Antrag auf Abschluß eines Vertrages" erfordere; so kommt *Schneider* zum gleichen praktischen Endergebnis wie die herrschende Meinung). *Demelius* kommt in Verbindung mit dem angeführten Erklärungsversuch der im Versicherungsantrag enthaltenen Verpflichtungen dazu, den Versicherungsantrag als eine Schuldanerkenntnis aus einem Vorvertrag, einem pactum de assecurando, zu betrachten. Dr. *K.* betrachtet den Versicherungsantrag als eine Urkunde über einen suspensiv bedingten Vertrag, wobei die Suspensivbedingung gebildet wird durch die nachträgliche Zustimmung des Versicherers zu diesem zwischen Agent und Versicherungslustigen geschlossenen Vertrag.

Die Auffassung, die den Versicherungsantrag als Vertrag charakterisiert, die *Vertragstheorie,* als deren Hauptverfechter *Demelius* auftritt, wurde in der Literatur fast überall abgewiesen. (So von *Schneider* und *Hagen* in ihren Kommentaren, von *Joseph* in Z. f. ges. V. W. VIII, 688 ff., von *Gössmann* in Z. f. ges. V. W. IX, 156, Anmerkung 2, von *Gierke* in Z. f. ges. H. R. 65, 315, von *Preuß* in Deutsche Versicherungs-Presse 1911, Nr. 38.) In die Gesetze und in die neuen Versicherungsbedingungen, die durch die Kodifikation des Versicherungsvertragsrechtes bedingt waren, ist die bisher herrschende *Antragstheorie* zur Aufnahme gelangt. (Über den Unterschied, der sich ergeben kann aus diesen beiden verschiedenen Auffassungen, Antrags- und Vertragstheorie, in der Anwendung auf praktische Fälle siehe die von *Demelius* angeführten Beispiele, in Deutsche Versicherungs-Zeitung 1911, Nr. 29, und in Deutsche Versicherungs-Presse 1911, Nr. 37, 44 und 46.)

Die in den folgenden Abschnitten auszuführende Untersuchung über die rechtliche Natur des Versicherungsantrages wird sich erstrecken einesteils auf den Antrag selbst, ohne die „Verpflichtungen",

und dann auf die „Verpflichtungen“ und ihr Verhältnis zum Antrag; denn die oben angeführten verschiedenen Ansichten divergieren hauptsächlich in diesen zwei Richtungen.

B. Der Versicherungsantrag.

I. Allgemeines.

(Antrag im technischen, im juristischen, im weitern und im engern Sinn.)

Der Versicherungsantrag wird in der Regel so gestellt, daß in erster Linie dem Versicherungslustigen durch einen Agenten, gewöhnlich einen Vermittlungs- und keinen Abschlußagenten, ein Antragsformular überreicht wird, dieses vom Versicherungssuchenden ausgefüllt, unterschrieben und dem Agenten zur weiteren Besorgung übergeben wird. Nach herrschender Praxis kennt man nur die Antragstellung unter Abwesenden; das schweizerische und das deutsche VVG. und der österreichische Entwurf unterscheiden nicht zwischen Antragstellung unter Anwesenden und unter Abwesenden, und der französische Entwurf stellt überhaupt keine besonderen Vorschriften auf über den Abschluß des Versicherungsvertrages.[1])

Ein solcher Versicherungsantrag, den wir bezeichnen wollen als Antrag im technischen Sinn, läßt sich in verschiedene Bestandteile zerlegen. Die Antragsurkunde enthält oft oder gewöhnlich Bestandteile, die keine Erklärungen des Antragstellers sind. Es sind dies einmal Erklärungen eines Dritten, z. B. des Agenten oder des Arztes, die gekennzeichnet sind durch die Unterschrift dieses Dritten; es sind ferner Erklärungen des Versicherers, die bloß Anleitungen geben sollen zur richtigen Ausfüllung des Formulars oder die Mitteilung geben über die Art des Geschäftsbetriebes des Versicherers. Neben diesen Erklärungen Dritter sind aber als Hauptbestandteil des Antrages im technischen Sinn Erklärungen des Antragstellers zu treffen; es ist dies der durch die Unterschrift des Versicherungssuchenden gedeckte Inhalt der Antragsurkunde, der den späteren Vertrag bilden soll, der Versicherungsantrag im juristischen Sinn. ***Es teilt sich der Versicherungsantrag im technischen Sinn also in Versicherungsantrag im juristischen Sinn, gebildet durch den Antragsinhalt, der später Vertrag werden soll, und weitere Bestandteile des Formularinhaltes, die für den Versicherungsantrag im juristischen Sinn keine Bedeutung*** haben. Nur der Versicherungsantrag im juristischen Sinn interessiert uns in der Folge, die Erklärungen des Antragstellers, die den Hauptbestandteil der Antragsurkunde, des Antrages im technischen Sinn bilden.[2])

Den Versicherungsantrag im juristischen Sinn bilden also die Willenserklärungen des Versicherungssuchenden, gedeckt durch seine Unterschrift, die später Vertragsinhalt werden. Bloße mündliche Er-

---

[1]) In der vorliegenden Abhandlung finden die Fragen aus dem Agenturverhältnis nur Berücksichtigung, soweit dies für unsere Aufgabe unerläßlich ist.

[2]) Über diese Unterscheidung von Formularinhalt und die Antragserklärungen siehe *Herrmann,* Die rechtliche Natur des Versicherungsantrages, in Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch Bd. 23 (1902), I. Teil, S. 5.



klärungen an die Vermittlungsagenten sind keine Bestandteile der Antragserklärung; sie vermögen den Inhalt der Antragsurkunde weder zu ergänzen noch abzuändern. Es steht dies nicht in Widerspruch mit der Formlosigkeit des Versicherungsvertrages. Eine dem Vermittlungsagenten übergebene Antragserklärung ist eine Offerte unter Abwesenden (sei es nun im Sinne der Antrags- oder der Vertragstheorie betreffend die Natur des Versicherungsantrages) und sie kommt in Betracht nur insofern, als sie an den Versicherer gelangt, und diese Übermittlung geschieht nur durch Übergabe der Antragsurkunde an den Versicherer.

Ganz gleichgültig ist es, von wem der Text der Antragserklärung stammt; die Hauptsache ist, daß der Antragsteller durch seine Unterschrift den Text als seine Erklärung gekennzeichnet hat. So sagt *Kohler:* „Wer sich durch Unterschrift verpflichtet, erklärt hiermit, daß er die in der unterzeichneten Schrift enthaltenen Vertragsbedingungen zu den seinigen macht und sich daher jeden Widerspruches begibt; alles sofern nicht nach den Grundsätzen der Irrung eine Anfechtung begründet ist.“[3] *Es ist also nicht die faktische, sondern die juristische Provenienz maßgebend.* Von diesem Satz gibt es Ausnahmen. Die tatsächliche Provenienz hat Bedeutung bei undeutlicher Fassung des Textes. Die Auslegungsregel, daß eine undeutliche Äußerung zum Nachteil des Urhebers auszulegen sei, wirkt in solchen Fällen, wo der Versicherungsnehmer durch seine Unterschrift den vom Versicherer herrührenden Text zu seiner Erklärung macht, nicht gegen den Versicherungsnehmer, sondern gegen den Versicherer.[4] Wurde ferner durch den Text bei der unterschreibenden Partei ein Irtum hervorgerufen, so kann der Unterschreiber den Vertrag wegen Irrtums anfechten; es kommt also auch hier die faktische Provenienz in Betracht.[5] Im Zweifel ist immer anzunehmen, daß die Angaben im Antragsformular vom Versicherten gemacht waren. Dieser hat stets das Recht zu beweisen, daß eine Angabe nicht von ihm herrühre.[6] Der Antragsteller ist an die Bestimmungen des Antragsscheins und damit auch an die darin enthaltenen Versicherungsbedingungen gebunden, auch wenn er sie nicht gelesen, also nicht gekannt hat, wenn nur der Antragschein von ihm unterschrieben ist.[7] Trotz Unterschrift nicht an den Antrag gebunden ist der Unterzeichner nur, wenn er vor dem Abschluß des Versicherungsvertrages nicht in der Lage war, den Antrag zu prüfen,[8])

---

[3]) *Kohler,* Versicherungsrecht, 8. Buch, in Dernburg, Das bürgerliche Recht des Deutschen Reiches und Preußens, Bd. IV, 1910, 422.

[4]) B. E. XXVI, 2, 343ff. (Bericht = Anhang zum Bericht des eidgen. Versicherungsamtes 1905, I, Nr. 80; *Curti,* Nr. 4482).

[5]) *Herrmann* a. a. O. 10.

[6]) B. E. XXII, 835 (Bericht I, Nr. 79; *Curti,* Nr. 3029).

[7]) Obergericht des Kantons Zürich vom 7. Juni 1902, in Bl. f. Zürch. Rspr. I, 246 (Bericht I, Nr. 30); B. E. XXII. 810 (*Curti,* Nr. 2994); B. E. XXXIV, 2, 532; weitere (deutsche) Urteile siehe bei *Roelli,* Kommentar zum SVVG., 12 bis 13.

[8]) Obergericht des Kantons Aargau, 30. November 1906 (Bericht II, 1910, Nr. 10b und Nr. 13).

ein Umstand, der wohl selten vorkommen dürfte, oder wenn er nachweisen kann, daß der Vertragsinhalt im Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antrages seinem Willen nicht entsprach, wenn er seine Unterschrift einer nicht gewollten Erklärung beigesetzt hat.[9])

Was Streichungen oder inhaltliche Änderungen im Antragsformular betrifft, so gelten sie dagegen nur dann als Erklärungen des Antragstellers, wenn dies besonders vermerkt ist, z. B. durch eine Randnotiz vom Antragsteller genehmigt. In Fällen, wo die Urkunde äußerliche Mängel (Rasuren, Streichungen, Zusätze usw.) aufweist, erstreckt sich die Vermutung nicht auf diese geänderten Punkte, vielmehr muß der, welcher sich darauf beruft, beweisen, daß sie mit Zustimmung des Gegenkontrahenten vorgenommen wurden, wenn nicht das kantonale Recht besondere Beweisvorschriften enthält.[10]) Dadurch, daß der Versicherungsnehmer den ihm vom Versicherer vorgelegten Text unterzeichnet, ist also erst eine rechtskräftige, einseitige Erklärung des Antragstellers zustande gekommen und noch kein Vertrag, kein Vorvertrag.[11]) Begnügen wir uns vorläufig mit dem Ergebnis, daß der Zweck der Überreichung des Antragformulars und der darin enthaltenen Bestimmungen und Bedingungen nur darin besteht, den Versicherungslustigen aufzuklären und ihm die Stellung eines Antrages zu erleichtern, *daß das Antragsformular vor der Ausfüllung und Unterzeichnung durch den Antragsteller bloß den Charakter eines Prospektes hat.* Es wird also vom Versicherer durch die Aushändigung der Antragsformulare keineswegs eine Offerte gestellt (ausgenommen die Fälle der bindenden Prospekte), sondern nur eine Einladung zu Offerten, verbunden mit Erläuterungen, Wegweisungen und Erleichterungen, sowohl für den Versicherungslustigen als auch für den vermittelnden Agenten. Welche Modifikationen dieses Resultat erleidet durch die im Antrag dem Versicherungslustigen auferlegten Verpflichtungen, wird erst später zu erörtern sein, da wir ja die Behandlung in dieser Art trennen.

Innerhalb der genannten Einschränkungen, die sich ergeben aus der Loslösung der Antragserklärung im juristischen Sinn vom Gesamtinhalt der Antragsurkunde, dem Antrag im technischen Sinn, werden vom Antragsteller durch seine Unterschrift verschieden geartete Erklärungen gedeckt, die Antragserklärung im engeren Sinn, die allgemeinen Versicherungsbedingungen oder die Bezugnahme darauf, als Inhalt des künftigen Vertrages, ebenso allfällige besondere Bedingungen und der Fragebogen, die eigentliche Deklaration. Dies ist es, was *Hecht* mit seiner Zweiteilung des formalen Antragsinhaltes im Auge hat; er unterscheidet petitum und weitere tatsächliche Erklärungen.[12]) Nach dieser Einteilung wollen auch wir verfahren.

---

[9]) Obergericht des Kantons Zürich, 22. Juni 1910 (Bericht II, Nr. 11c und Nr. 43), und Appellations- und Kassationshof des Kantons Bern, 7. Juni 1907 (Bericht II, Nr. 44a).

[10]) B. E. XXV, 2, 465 (*Curti,* Nr. 4479).

[11]) Obergericht des Kantons Aargau, 30. November 1906 (Bericht II, Nr. 10a).

[12]) *Hecht,* in Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft, Bd. II, 187.

Bei dem vom Antrag im technischen Sinn losgelösten Antrag im juristischen Sinn, der gedeckt ist durch die Unterschrift des Antragstellers, unterscheiden wir den Antrag im engeren Sinn (das petitum) und den Antrag im weiteren Sinn (petitum plus weitere tatsächliche Erklärungen). Bei dieser Zweiteilung des Antrages im juristischen oder weiteren Sinn in Antrag im engeren Sinn und weitere tatsächliche Erklärungen ist allerdings zu bemerken, daß diese Trennung formell selten oder gar nicht besteht, daß sie aber materiell immer vorzunehmen möglich ist.

1. Der Antrag im engeren Sinn, das petitum, wird gebildet durch den erstrebten wirtschaftlichen Effekt. Er bestimmt sich durch die gegenseitigen Leistungen, sowohl mit Bezug auf die Höhe als auf die Fälligkeit. Dieser Antrag im engeren Sinn entspricht im allgemeinen dem gemeinrechtlichen Antrag, und wir werden darüber im ersten folgenden Abschnitt näheres ausführen.

2. Zum Antrag im juristischen, weiteren Sinn gehören aber noch weitere tatsächliche Erklärungen. Schon bei Vertragsofferten des gemeinen Rechts erfolgen oft erläuternde und ergänzende Mitteilungen, die dazu dienen sollen, den Antrag im engeren Sinn zu modifizieren oder richtiger zu beurteilen, sowohl in rechtlicher als in wirtschaftlicher Beziehung. Solche Mitteilungen haben bei einem Vertrag wie dem Versicherungsvertrag noch ganz besondere Bedeutung. Ein Vertrag, der so oft noch unter die gewagten Verträge rubriziert wird, stellt an den Antragsempfänger solch große Sorgfalt in der Entscheidung, ob er die Annahme riskieren darf oder nicht, daß naturgemäß dieser vom Antragsteller die genaueste Auskunft und oft Bestätigung Dritter über diese Auskunft verlangt. Dies alles muß im Antrag enthalten sein oder ihn begleiten, da ja gerade davon die Entscheidung des Versicherungsempfängers zu einem großen Teil abhängt. Über diese tatsächlichen Erklärungen, von denen der Versicherungsantrag mehr als jeder andere Antrag enthält, und die häufig die Form von Verpflichtungen annehmen, gehen die Ansichten der genannten Autoren auch wieder auseinander. *Joseph, Schneider* und *v. Oertzen* erklären diese verpflichtenden Erklärungen mit einem dem Antrag nebenher laufenden Vertrag[13]) und *Hagen* mit der bloßen Gebundenheit an den Antrag; *Demelius* und auch Dr. *K.* begründen sie mit einem Vorvertrag; einem pactum de assecurando, zwischen Agent und Versicherungslustigen. Auf diese Fragen kommen wir zu sprechen bei der Behandlung der den Antrag im engeren Sinn ergänzenden Willensäußerungen im Antragsformular.

II. Der Versicherungsantrag im engern Sinn.

1. Seine notwendigen Erfordernisse.

a) Vollständigkeit des Inhalts.

Was die Vollständigkeit des Inhalts betrifft, so müssen die wesentlichen Punkte jedes zukünftigen Vertrages schon im Antrag enthalten sein, so daß der Vertrag durch einfache Zustimmung des

[13]) Ebenso neuestens *Lehmann*, Lehrbuch des Handelsrechts, 1034, Note 2.

Antragsempfängers geschlossen werden kann. Daß nicht in allen Verträgen diese Zustimmung durch einfaches „Ja“ geschehen kann, haben wir schon erwähnt; es können einzelne Punkte in das billige Ermessen des Antragsempfängers gestellt werden. Dies ist für den Versicherungsvertrag vor allem von Bedeutung in bezug auf die Prämienfestsetzung. Im allgemeinen wird ja schon durch den Agenten dem Versicherungslustigen die Prämienhöhe zur Zeit der vorbereitenden Handlungen ausgerechnet und figuriert im Antrag; oft wickeln sich diese Verhandlungen über die Prämienhöhe nicht allein mit dem Agenten, sondern mit der Gesellschaft selbst ab, so daß auch in außerordentlichen Fällen die Prämienhöhe schon im Antrag angeführt werden kann. Doch auch wenn dies nicht der Fall sein sollte, so ist die Sachlage doch die, daß sich im Versicherungsantrag der Versicherungslustige der Prämienberechnung der Gesellschaft unterwirft; der Antrag weist auf die Tabellen und Tarife der Gesellschaft hin, also auf die Berechnung der Prämien durch den Versicherer nach dessen gewöhnlichen Grundsätzen. *Der Forderung der Bestimmtheit des Antrages ist schon Genüge geleistet, wenn die Leistung des Versicherungslustigen objektiv bestimmbar ist,*[14]) und dies trifft zu, wenn der Antrag verweist auf die Alters-, Prämien- und anderen Tabellen des Versicherers.[15]) Ja wir können noch weitergehend sagen, war im Antrag eine Prämie überhaupt nicht erwähnt oder ausdrücklich oder stillschweigend die Bestimmung der Prämie dem Versicherer überlassen, so ist der Vertrag durch Annahme des Antrages zustande gekommen, der Antrag war also in bezug auf die Vollständigkeit des Inhaltes genügend. So sagt auch der große Kommentar zum DVVG.: „Hat der Antragende einen Prämiensatz nicht vermerkt, vielmehr ausdrücklich oder durch Nichterwähnung dem Versicherer überlassen, seinerseits die Prämie anzugeben, so wird man annehmen müssen, daß er unter dieser Voraussetzung einen Versicherungsvertrag schließen wollte, und daß die Annahme den Versicherungsvertrag herbeiführt, obwohl der Prämiensatz im Antrag nicht vorhanden ist.“[16]) Es kommt dies z. B. in der Mobiliar-Feuerversicherung vor; wenn keine Prämienbestimmung im Antrag vorliegt und auch kein gefahrerhöhendes Moment vorkommt, so wird der Antrag angenommen zum Normalprämiensatz.[17]) Wie gestaltet sich das Verhältnis im Falle, wo die Einreihung in eine bestimmte Gefahrklasse zu erfolgen hat, z. B. in der Unfallversicherung, diese aber nur vom Versicherer vorgenommen werden kann? In der Praxis ist hier Regel, daß diese Einreihung, also dadurch die Bestimmung der Prämienhöhe, mit dem Agenten während der vorbereitenden Handlungen abgemacht wird, dadurch, daß in Zweifelsfällen der Agent sich vor Stellung des Antrages über die Stellung-

[14]) Obergericht des Kantons Zürich vom 24. August 1904, in Bl. f. Zürch. Rspr. III, 329 (Bericht I, Nr. 34), und RG. vom 17. Mai 1907, in »Recht« 13, Nr. 2222.

[15]) *Joseph,* in Z. f. ges. V. W. VIII, 69; *Hagen,* in Z. f. ges. V. W. X, 209.

[16]) *Gerhard,* Kommentar, 18.

[17]) *Worms,* Versicherungsantrag und Versicherungsschein im Lichte des neuen Gesetzes über den Versicherungsvertrag usw., in Z. f. ges. V. W. IX, 533, Note 6.

nahme der Gesellschaft für diesen speziellen Fall bei dieser selbst erkundigt, so daß der Antrag die Gefahrklasse und die Prämienhöhe enthalten kann. Es genügt auch der Hinweis auf eine bestimmte Gefahrklasse, innert deren Schranken die verkehrsübliche Prämienbemessung erfolgen soll. Und in Verbindung mit dem Vorhergesagten ist es vollständig genügend, wenn der Versicherungsnehmer die Festsetzung der Prämie überhaupt, auch beim Vorliegen von Gefahrklassen, in das Ermessen des Versicherers gestellt hat. Es ist also auch hier belanglos, ob der Antragsteller die effektive Prämie kennt oder nicht, wenn nur deren Höhe objektiv bestimmbar ist.[18]) Es sagt *Roelli* weiter: „Da die Prämientarife gemäß Versicherungsaufsichtsgesetz (Art. 2 Ziff. 2 und Art. 4) amtlich geprüft werden, also objektiv feststehen, begegnet die richterliche Nachprüfung keinen Schwierigkeiten." Gegen diese Äußerung wendet sich *Blattner*.[19]) Er führt aus, diese Prüfung und Genehmigung der Tarife durch die Aufsichtsbehörde lege die Prämiensätze nicht fest, sondern begründe nur die Basis, von welcher aus der Versicherer bei der Bemessung der individuellen Prämie ausgehe; es haben also die Tarife trotz der amtlichen Prüfung keine absolut bindende Kraft. Es dürfe also der Richter auch nicht ausschließlich auf die amtlich genehmigten Tarife abstellen, sondern er habe auch die individuellen Eigenschaften des Risikos in Betracht zu ziehen; es biete also trotz der amtlichen Genehmigung der Tarife die richterliche Nachprüfung immer noch Schwierigkeiten.

Zur Vollständigkeit des Antragsinhaltes gehört nach SVVG. Art. 3 auch, daß die *allgemeinen Versicherungsbedingungen* enthalten seien, außer sie seien dem Versicherungslustigen schon vor Überreichung des Antragsformulars übergeben worden; die Kenntnis der allgemeinen Versicherungsbedingungen gehört eben zur Übereinstimmung der Willensäußerungen.[20]) Wird diese Vorschrift nicht eingehalten, so ist der Antragsteller an seinen Antrag nicht gebunden. Trotzdem dieser Art. 3 weder als zwingende Norm unter Art. 97 aufgeführt ist, noch als „halbzwingende" unter Art. 98, ist er seiner Natur nach doch ein unabänderlicher Rechtssatz, da die Gebundenheit des Antragstellers von der Beobachtung einer gesetzlichen Vorschrift abhängig ist. Eine allfällige Annahmeerklärung auf einen solchen Antrag, der die Bedingungen nicht enthält, oder nicht auf sie verweist, ist also nur als eine neue Offerte des Versicherers zu betrachten.[21]) Keine Anwendung findet Art. 3 SVVG. auf Anträge

[18]) *Roelli,* Kommentar, 10 und dort angeführte weitere Literatur und Rechtsprechung über diese Prämienfrage. (Von *Roelli,* Kommentar zum SVVG. sind bis jetzt nur Lieferung 1 und 2 erschienen.)

[19]) *Blattner,* Besprechung der 1. Lief. des Kommentars von Roelli, in Schweiz. J. Z. VII, Heft 23.

[20]) Daß ohne Kenntnis der allgemeinen Versicherungsbedingungen seitens des Versicherungsnehmers ein Vertrag nicht entstehen kann, sagt auch ein Urteil des Handelsgerichts Aargau vom 18. November 1901 (Bericht I, Nr. 41).

[21]) *Roelli,* Kommentar, 53; dies jedoch nur dann, wenn die Annahmeerklärung die Erfordernisse einer wahren Offerte, also die allgemeinen Versicherungsbedingungen, enthält, wenn sie z. B. in Form einer vollständigen Police gestellt wird.

die nicht an Hand eines Antragsscheins gestellt werden, und auch nicht auf Anträge innert eines Vertrages, auf Grund eines laufenden Vertrages im Sinne von Art. 2; im letzteren Fall müssen die Bedingungen bereits übergeben sein.

Eine etwas andere Regelung zeigt das deutsche Recht.[22]) Nach dem Aufsichtsgesetz von 1901 § 10 muß dem Versicherungsnehmer vor Abschluß der Versicherung ein Exemplar der allgemeinen Bedingungen ausgehändigt werden; eine Verletzung dieser Vorschrift hat aber im Gegensatz zum schweizerischen Recht keine zivilrechtliche Folge; es ist § 10 also nur „Ordnungsvorschrift", die allgemeinen Versicherungsbedingungen gehören hier nicht zur Vollständigkeit des Antragsinhaltes.[23]) Das deutsche Aufsichtsgesetz § 9 Abs. 3 stellt außerdem auch die Vorschrift auf: „Abweichungen von den allgemeinen Versicherungsbedingungen zuungunsten des Versicherten (Versicherungsnehmers) sind nur aus besonderen Gründen, sowie unter der Bedingung statthaft, daß der Versicherungsnehmer vor dem Abschluß des Vertrages auf diese Abweichungen ausdrücklich hingewiesen worden ist und sich hiermit schriftlich einverstanden erklärt hat." Der Vorschlag von *Domizlaff*[24]) wurde darnach als überflüssig betrachtet, wonach die Bestimmung dem Gesetze beigefügt werden sollte: „Die allgemeinen Versicherungsbedingungen des Versicherers gelten als Teil des Vertrages, soweit sie nicht mittels ausdrücklicher Vereinbarung abgeändert oder aufgehoben sind." Eine solche Rechtsvermutung und eine solche Erschwerung der Abänderung und Aufhebung der allgemeinen Bedingungen wurde weder im deutschen noch im schweizerischen Gesetz aufgenommen.

Der österreichische und der französische Entwurf kennen keine Bestimmungen, die diesen deutschen und schweizerischen Vorschriften entsprechen.

Dies die Punkte, worüber Zweifel entstehen können, ob Vollständigkeit des Antragsinhaltes vorliege oder nicht. Was die anderen Momente betrifft, die zur Vollständigkeit des Antragsinhaltes gehören, die objektiv wesentlichen Vertragspunkte nach *Roelli*,[25]) Gegenstand und Interesse, Art und Dauer des Vertrages und Höhe der Versicherungssumme, so muß hier im konkreten Fall entschieden werden, namentlich auch deshalb, weil sich diese Verhältnisse verschieden gestalten, je nach dem Versicherungszweig, unter den der VV. fällt.

b) Bindende Absicht des Antragstellers.

Der Antrag erfordert bindende Absicht des Urhebers. Es muß also der Antragsteller der Überzeugung sein, daß durch die Annahme des Antragsempfängers der Vertrag zum Abschluß kommt, nicht bloß

[22]) Siehe auch *Topp*, Die rechtliche Bedeutung der Übergabe der Versicherungsbedingungen vor Abschluß des Versicherungsvertrages, 1905.

[23]) *Domizlaff*, in Z. f. ges. V. W. IX, 61 bis 62; siehe auch *Behrend*, Entwurf eines RG. über den VV., in Z. f. ges. H. R. 55, 40 bis 41, und die dort in Note 93 angeführten Bedenken gegen diese Regelung im deutschen Recht.

[24]) Veröffentlichungen II, 215 bis 220.

[25]) *Roelli*, Kommentar, 9.



bindende Absicht des Antragstellers auf Herbeiführung eines Vertrages mit dem Adressaten, sondern *bindende Absicht in der Weise, daß durch Zustimmung des Empfängers zur Antragserklärung ein Vertrag entstehe mit dem Inhalt dieses Antrages.* Diese bindende Absicht wird in der Mehrzahl der Fälle vorhanden sein, wenn ein Versicherungslustiger ein Antragsformular ausfüllt, unterschreibt und dem Agenten zur Besorgung übergibt.[26]) Es ist aber der Fall denkbar, wo diese bindende Ansicht zweifelhaft oder nicht vorhanden ist, namentlich dann, wenn der Antragsteller durch sein ausgefülltes Formular nur dem Versicherer eine Grundlage geben will zur genauen Prämienberechnung und die weitere Entscheidung, ob er in einen Versicherungsvertrag eintreten will oder nicht, hinausgeschoben wissen will, bis er Kenntnis hat von seiner eventuellen zukünftigen Prämienleistung. Ganz abgesehen davon, daß in solchen Fällen der Antragsteller seinen nicht bindend sein sollenden Antrag nicht unterzeichnen wird, ist zu sagen, daß ein solches Vorgehen seitens des Versicherungslustigen praktisch wohl selten vorkommt; die Verhandlungen werden sich in der Regel vor Stellung eines bindenden Antrages zwischen dem Versicherungslustigen und dem Agenten mündlich abspielen, eventuell unter Herbeiziehung des Versicherers selbst.

Ob bindende Absicht vorhanden ist oder nicht, kann immer nur *an Hand des konkreten Falles* beantwortet werden, hauptsächlich auf Grund der der Antragsformularausfüllung vorhergehenden Verhandlungen mit dem Agenten. Die Frage, wie es mit Kostenvoranschlägen oder Nettokostenberechnungen zu halten ist, läßt sich besser behandeln bei Besprechung der besonderen Abschlußverhältnisse, da hier die Frage nach der bindenden Absicht auf einen vom Versicherer ausgehenden Antrag bezogen wird. Hier ist nur zu sagen, daß in solchen Fällen, in denen der Antragsteller vom Agenten über die Bedeutung der Unterschrift des Antrages wissentlich in Irrtum versetzt wurde, in den Irrtum nämlich, durch diese Unterschrift des Formulars werde noch keine bindende Offerte gestellt, der Antragsteller nicht gebunden wird.[27])

c) Form des Antrages.

Ob eine bestimmte Form nötig sei, läßt sich für den Versicherungsantrag dahin entscheiden, daß dies gewöhnlich nicht der Fall ist. Eine besondere Form geben die Gesetze nicht an; es folgt also der Antrag den Gesetzesbestimmungen und Parteivereinbarungen über die Form des Versicherungsvertrages selbst. Darnach ist der Antrag nur dann schriftlich abzufassen, wenn der Versicherungsvertrag durch besondere Parteiabrede der Schriftlichkeit als Perfektionsform benötigt, nicht, wenn nur schriftliche Annahmeform abgemacht worden ist. In der Regel aber, wo die Schriftlichkeit des

---

[26]) Über die bindende Absicht des Antragstellers siehe *Regelsberger*, in Endemanns Handbuch des Handelsrechts, 423 ff., und *Regelsberger*, Pandekten 653.

[27]) Tribunal cantonal de Neuchâtel, 3 février 1908 (Bericht II, Nr. 12).

Vertrages nur Beweisform, Beurkundung des Vertrages ist, erstreckt sie sich natürlich nicht auf den Antrag; denn sie kann ja erst verlangt werden, wenn der Vertrag geschlossen ist. Da der Vertrag mündlich geschlossen werden kann, so kann der Antrag auch mündlich gestellt werden.

Für die Anzeigen, zu denen der Versicherungsnehmer nach DVVG. § 16 Abs. 1 bei Schließung des Vertrages verpflichtet ist, kann nach DVVG. § 31 Satz 2 schriftliche Form vereinbart werden; diese Vereinbarung beschränkt sich aber auf die Mitteilung der Gefahrumstände, die Deklaration. Nach SVVG. Art. 4 Abs. 1 ist der Versicherungsnehmer gesetzlich verpflichtet, die für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen schriftlich mitzuteilen; es kann dies geschehen auf dem Antragsformular selbst, was das Gewöhnliche ist, oder auf einem besonderen Deklarationsformular. Dadurch, daß der Gesetzgeber für diesen Teil des Antrages schriftliche Form zuläßt (im deutschen Recht) oder solche vorschreibt (im schweizerischen Recht), kann aber nicht per argumentum e contrario geschlossen werden, daß die fragliche Vereinbarung bzw. die dispositive Vorschrift für den Antrag im engeren Sinn ausgeschlossen sei; der Gesetzgeber hat eben diese Vorschrift nur für diesen Teil des Antrages im weiteren Sinn aufgestellt, weil die Deklaration schließlich doch der wichtigste Teil desselben ist, wenigstens tatsächlich, wenn auch nicht rechtlich, und gerade deshalb werden diese Vorschriften auch für die übrigen Teile des Antrages im juristischen Sinn Geltung haben, also auch für den Antrag im engeren Sinn.[28]) Daß die Deklarationsurkunde, ob getrennt oder nicht getrennt von der Antragsurkunde, einen Teil des Antrages im weiteren Sinn bildet, folgt aus dem Wesen der Gefahrdeklaration, der Anzeigepflicht. Daß die Deklaration der tatsächlich wichtigste Teil des Antrages im weiteren oder juristischen Sinn ist, folgt schon äußerlich daraus, daß eine allgemein übliche Bezeichnung für den Antragsschein, die Deklaration, bekannt ist, also pars pro toto; einzig für den Fall, wo die Deklarationsurkunde getrennt auftritt, kann die Schriftlichkeit nicht ausgedehnt werden auf den übrigen Antragsinhalt, vornehmlich den Antrag im engeren Sinn; es ist dies aber ein praktisch wohl selten oder gar nicht vorkommender Fall. *Nach schweizerischem Recht ist also die schriftliche Form des Antrages das Gewöhnliche; sie kann durch Vereinbarung der Parteien nicht abgeändert werden.* Es ergibt sich dies nach dem Gedankengang *Roellis* aus folgender Überlegung: Art. 4 ist allerdings weder in Art. 97 noch in Art. 98 als zwingende Vorschrift erwähnt; er hat seiner Natur nach nicht den Charakter einer unabänderlichen Norm (wie z. B. Art. 3). So kommen wir dazu, den Vertragsparteien zu gestatten, das in Art. 4 Abs. 1 geforderte Schriftlichkeitsmoment durch Parteivereinbarung aufzuheben. Wir müssen aber Art. 6 hinzuziehen, der die Folgen der verletzten Anzeigepflicht regelt und der nur nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers abgeändert werden darf (Art. 98). Dieser Art. 6 beruht

---

[28]) *Hecht,* in Veröffentlichungen II, 188 bis 189.

bezüglich seiner Folgen der verletzten Anzeigepflicht auf der in Art. 4 umschriebenen Anzeigepflicht. Da aber Art. 6 nicht zuungunsten, wohl aber zugunsten des Versicherungsnehmers abgeändert werden kann, und da Art. 6 sich auf den Tatbestand des Art. 4 gründet, so kann sich der Versicherer nicht berufen auf Antragserklärungen und Versicherungsbedingungen, die auf eine Erweiterung oder Einschränkung der Anzeigepflicht hinauslaufen. In der Transportversicherung dagegen sind abweichende Vereinbarungen zulässig (Art. 98 Abs. 2).[29]) *Im deutschen Recht ist die Schriftlichkeit des Antrages nur zugelassen; sie wird aber dennoch die Regel bilden und sich gründen auf eine konkludente Handlung,* d. h. auf stillschweigendes Ausfüllen des vorgedruckten Formulars; es ergibt sich dies aus der Natur des Geschäftes, da der Versicherer eben Fragen zu stellen hat, die dem Versicherungsnehmer die Anzeigepflichterfüllung erleichtern. Der österreichische Entwurf (§ 3) verlangt für die Gefahrsdeklaration Fragestellung mittels eines Fragebogens oder sonst in schriftlicher Form, läßt aber die Schriftform ohne Verwendung des Fragebogens bloß „behufs Ergänzung der darin gemachten Angaben" gelten.[30]) Was den französischen Entwurf betrifft, so verlangt er eben Schriftlichkeit des Vertrages, und damit ist auch gesagt, daß für den Antrag Schriftlichkeit notwendig ist.

d) Zusammenfassung.

Wir haben gesehen, *daß im Versicherungsantrag gewöhnlich ein Antrag im zivilrechtlichen Sinn vorliegt, resp. enthalten ist, der nach schweizerischem Recht der Schriftlichkeit bedarf kraft Gesetzes und nach deutschem Recht sie gewöhnlich kraft stillschweigender Parteivereinbarung aufweist.* Doch ist immer im einzelnen Fall zu untersuchen, ob alle Erfordernisse eines wahren Antrages erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, dann gilt der Versicherungsantrag allerdings nur als Aufforderung zu einem wirklichen Antrag. Ein Antrag des bürgerlichen Rechts liegt auch vor, wie wir oben gesehen haben, wenn sich der Versicherungsnehmer in bezug auf die Prämienhöhe dem Geschäftsplan des Versicherers oder seinem billigen Ermessen unterwirft, wenn die Prämie nur objektiv bestimmbar ist. Nach den vorhergegangenen Ausführungen liegt kein stichhaltiger Grund vor, dem Versicherungsantrag den Charakter eines wahren Antrages abzusprechen; ob die in ihm enthaltenen sogenannten „Verpflichtungen" dies erfordern oder nicht, wird später ausgeführt werden. Vorläufig können wir uns auf den Standpunkt stellen, der Versicherungsantrag sei ein Antrag im Sinne des Zivilrechts. Auf diesem Standpunkt standen schon die Versicherungsbedingungen vor 1910, die in der Police und der Deklaration, d. h. dem ausgefüllten Antragsformular, geradezu den Vericherungsvertrag sehen; damit ist doch gesagt, daß der Versicherungsantrag nicht mehr bloß zu den vorbereitenden Ver-

---

[29]) *Roelli,* Kommentar, 64.

[30]) Österr. Versicherungs-Zeitung 1909, Heft 19; Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch, Jahrgang 31, 1910, I, S. 83.

tragsverhandlungen gerechnet wird.[31]) Auch das SVVG. und das DVVG. betrachten den Versicherungsantrag immer als wahren Antrag. So sagen die Motive zum SVVG.-Entwurf: „Der Antrag bildet zusammen mit den weiteren, zur Ergänzung der Offerte erteilten Aufschlüssen grundsätzlich einen integrierenden Bestandteil des Vertrages“;[32]) er muß also auch darnach mehr sein, als nur vorbereitende Handlung; er ist eben Antrag im zivilrechtlichen Sinn. Von dieser Ansicht abzuweichen, liegt kein Grund vor, wenn wir den Abschluß des Versicherungsvertrages auf diese Weise restlos erklären können. Bevor wir die Wirkungen der dem Antrag im engeren Sinn beigefügten Erklärungen, hauptsächlich der verpflichtenden Erklärungen, auf den Antrag im engeren Sinn näher betrachten, möge einiges über die Antragsgebundenheit ausgeführt werden.

2. Die Gebundenheit und das Erlöschen des Antrages.

a) Die Gebundenheit.

Der Antragsteller hat das Bedürfnis, über seine Offerte so bald wie möglich im klaren zu sein, d. h. zu wissen, ob der Antrag angenommen oder abgelehnt wurde, denn das befürchtete Ereignis kann unter Umständen jederzeit eintreten. Der Versicherer dagegen hat an einer sofortigen Entscheidung gewöhnlich kein so großes Interesse; für ihn kommt es hauptsächlich darauf an, das Angebot zu prüfen, und dazu braucht es Zeit. Dies sind die beiden Interessengegensätze der Vertragsparteien in bezug auf die Antragsgebundenheit. Ganz auf die Seite des Versicherungsnehmers stellt sich ein englisches Gerichtsurteil, das gar keine Gebundenheit des Antragstellers kennt, sondern diesem gestattet, vom Antrage zurückzutreten, so lange der Versicherer nicht geantwortet hat.[33]) Auf dem Kontinent dagegen ging die Entwicklung aus vom bürgerlichen Recht, und zwar konnte nur in Betracht fallen die Regelung der Antragsverhältnisse bei Verträgen unter Abwesenden. (SOR. Art. 5, BGB. § 147.) Darnach blieb „der Antragsteller bis zu dem Zeitpunkt an seinen Antrag gebunden, in welchem er den Eingang der Antwort bei ordnungsmäßiger, rechtzeitiger Absendung derselben erwarten darf“ (SOR. Art. 5). Daneben konnten aber die Parteien etwas anderes vereinbaren; von dieser Möglichkeit machte der Versicherer in der Regel Gebrauch, dadurch, daß er in den allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Klausel aufnahm, wonach die Gebundenheit des Antragstellers verlängert wurde. Durch seine Unterschrift auf dem diese

---

[31]) Z. B. Germania-Lebensversicherungs A. G. in Stettin, Bedingungen von 1857: »Die Deklaration und die dem Versicherten ausgehändigte Police bilden den Versicherungsvertrag.« Verbandsbedingungen der zum Verein deutscher Lebensversicherungsgesellschaften gehörigen Gesellschaften: »Die vom Versicherungsnehmer und dem Versicherten zum Zwecke des Abschlusses des Versicherungsvertrages eingereichten Deklarationen bilden mit der von der Gesellschaft ausgestellten Police den Versicherungsvertrag.«

[32]) *Roelli,* Motive I, 37.

[33]) *Barrand,* Journal of the Institute of Actuaries 41, 128, erwähnt bei *Behrend,* in Z. f. ges. V. W. VIII, 555.

Bedingungen enthaltenden Antragsformulare machte dann der Antragsteller diese Klausel juristisch zu seiner Erklärung, und so war der Versicherer mit seinem Interesse durchgedrungen gegenüber demjenigen des Versicherungsnehmers, das gerichtet ist auf möglichste Abkürzung der Gebundenheit, wie das oben erwähnte englische Urteil zeigt.

Ganz soweit zum Schutze des Versicherungsnehmers gehen nun die modernen Spezialgesetze nicht; immerhin fanden sie es für nötig, für die Antragsgebundenheit besondere, vom gemeinen Recht abweichende Bestimmungen aufzustellen, mit Ausnahme des französischen Entwurfs; von den übrigen zwei Gesetzen und dem österreichischen Entwurf, die für uns in Betracht fallen, ist es das DVVG., das am wenigsten vom gemeinen Recht sich entfernt. *Im deutschen Recht gelten beim Versicherungsvertrag die gleichen Vorschriften, wie bei jedem beliebigen Vertrag;* es ist sonach der Antragsteller solange an seinen Antrag gebunden, als er die Antwort des Versicherers „unter regelmäßigen Umständen erwarten darf". (BGB. § 147 Abs. 2.) Es kann aber durch die Parteien bestimmt werden, daß der Antragsteller eine bestimmte längere Zeit gebunden sein soll. Dies ist in der Praxis allgemein üblich, denn durch den Antrag wird die Tätigkeit des Versicherers in Bewegung gesetzt, er hat den Antrag zu prüfen, eventuell Erkundigungen einzuziehen; man kann hier der Gesellschaft nicht zumuten, daß sie diese Bemühungen mache, ohne die Gewähr zu haben, daß der Antragsteller wenigstens so lange an seinen Antrag gebunden sein soll, bis die Gesellschaft die Prüfung vorgenommen hat. Eine solche Prüfung eines Versicherungsantrages kann beträchtliche Zeit in Anspruch nehmen; es müssen neben dem Antragsformular das ärztliche Zeugnis und eventuelle Nachbescheinigungen geprüft werden, Erkundigungen, unter Umständen auch Rückversicherungen beschafft werden; deshalb wurde der Antragsteller von jeher in den allgemeinen Bedingungen geraume Zeit an seinen Antrag gebunden erklärt. *Eine besondere, über das bürgerliche Recht hinausgehende Gebundenheit hat das deutsche Recht allerdings nur für die Feuerversicherung aufgestellt; hier ist der Antragsteller an seinen Antrag während 2 Wochen gebunden;* es kann allerdings auch eine andere Frist abgemacht werden (DVVG. § 81). Der Grund, weshalb hier das DVVG. eine gesetzliche Gebundenheitsfrist angesetzt hat, liegt darin, daß der Antragsteller ein dringendes Interesse habe, „genau zu wissen, wie lange er an seinen Antrag gebunden sei", damit er, wenn innert dieser Frist vom Versicherer keine Antwort eingehe, sofort für eine anderweitige Versicherung sorgen könne, ohne Gefahr zu laufen, eine doppelte Prämie bezahlen zu müssen.[34]) *Roelli* hat dagegen in seinem Entwurf eine gesetzliche Gebundenheitsfrist für alle Versicherungen proponiert. *Roelli* ging aus von der prekären Lage des Offerenten. Der Versicherer war gemeinrechtlich zu gar keiner Antwort verpflichtet, und auch in den Antragsformularen, in den allgemeinen Bedingungen,

[34]) Begründung zu den Entwürfen eines deutschen Gesetzes über den VV. (Guttentag, 1906), S. 89.

war es üblich, den Antragsteller außerordentlich lange zu binden, so daß der Grund, welchen die deutsche Begründung für die Feuerversicherung erwähnt, eigentlich bei allen Versicherungsbranchen vorhanden war. Manchmal hatte der Offerent sogar einen Kostenvorschuß zu leisten, so daß der Antragsteller aus ökonomischen Gründen am Antrag festhalten mußte.[35]) *Es hat deshalb der schweizerische Gesetzgeber eine gesetzliche Gebundenheitsfrist für alle Versicherungsarten aufgestellt.* Es sind dies bei vorbehaltloser Antragstellung gesetzliche Erklärungsfristen. Auch der österreichische Entwurf hat für alle Versicherungsarten in § 1 eine besondere, vom gemeinen Recht abweichende Gebundenheit aufgestellt.

Diese Gebundenheit, sei es nun die gemeinrechtliche, sei es diejenige aus dem Spezialgesetz, oder diejenige aus Parteivereinbarung, zeigt ihre Hauptwirkung darin, daß der Antragsteller während derselben verpflichtet ist, die Antwort des Versicherers abzuwarten; diese Pflicht erstreckt sich wenigstens so weit, daß der Antragsteller die Folgen ihrer Verletzung (doppelte Prämie) zu tragen hat. Die Gebundenheitswirkung geht aber noch weiter; es hat der Antragsteller die Pflicht, jedes Verhalten zu vermeiden, das die aus dem Antrag entspringenden Rechtsfolgen rechtswidrig vereiteln würde, z. B. arglistige oder schuldhafte Verhinderung des Zugehens der Annahmeerklärung.[36]) *Im übrigen zeigt die Gebundenheit aus dem Versicherungsantrag nur in bezug auf ihre Erlöschungsgründe Verschiedenheiten von der gemeinrechtlichen Antragsgebundenheit.*

b) Erlöschen des Antrages durch Zeitablauf.

Die Gebundenheit des Antragstellers an seinen Antrag kann auf verschiedene Weise ein Ende erreichen. *Der wichtigste Erlöschungsgrund liegt in der Zeit.* Läßt der Antragsempfänger die Zeit, für welche der Antragsteller an seinen Antrag gebunden ist, verstreichen, ohne eine ablehnende oder annehmende Antwort zu geben, so geht der Antrag ipso jure unter; wenn die Annahmeerklärung des Versicherers nicht vor Ablauf der Frist beim Antragsteller eingetroffen ist, so wird der Antragsteller frei (Art. 1 Abs. 4 SVVG.), es ist dem Antragsteller natürlich nicht verwehrt, auf eine verspätete Annahmeerklärung einzutreten.[37]) Stillschweigen des Versicherers gilt also nach SVVG. als Ablehnung des Antrages, unter der Voraussetzung, daß die Gebundenheitsfrist abgelaufen ist. Ebenso nach DVVG. § 81; in anderen Versicherungen als Feuerversicherungen entscheidet sich nach deutschem Recht diese Frage nach bürgerlichem Recht. Wo das bürgerliche deutsche Recht nicht zur Anwendung gelangen soll, fragt es sich also, wie lange der Antragsteller eine annehmende Antwort zu gewärtigen hat. Erforderlich ist eine bestimmte Frist. Der deutsche Gesetzgeber hat für die Feuerversicherung eine Frist von zwei Wochen angesetzt; § 81 DVVG. ist zwingende Vorschrift, aber nur in bezug

[35]) *Roelli,* Entwurf zu einem schweiz. Bundesgesetz über den VV. mit Motiven, 36 bis 38.

[36]) RG. vom 13. Juli 1904, Entscheid 58, 406.

[37] Siehe Abschnitt D.



auf eine „bestimmte Frist"; die zwei Wochen Gebundenheitsfrist in § 81 sind dispositiv, treten also nur beim Mangel besonderer Abrede ein. Ungültig ist eine Abrede einer zeitlich nicht fest bestimmten Bindung des Antragstellers, selbst dann, wenn sie zu einer kürzeren als der gesetzlichen Dauer der Gebundenheit führen würde; derartige Fristbestimmungen werden für nichtig erklärt.[38])

Das SVVG. hat für alle Versicherungen eine Frist von 14 Tagen festgesetzt (Entwurf *Roelli* 10 Tage), mit Ausnahme der Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung, für welche der Antragsteller 4 Wochen (Entwurf *Roelli* 3 Wochen) an seinen Antrag gebunden ist (SVVG. Art. 1). Nach schweizerischem Recht dürfen diese Gebundenheitsfristen nicht zuungunsten des Versicherungsnehmers abgeändert werden; sie dürfen also nicht erhöht werden; eine Ausnahme bilden die Anträge der Transportversicherung (Art. 98).

Die gesetzliche Gebundenheitsfrist hat den Sinn einer maximalen Begrenzung. Das Gesetz will nicht den rechtlichen Charakter des Versicherungsantrages festlegen, sondern nur den Normalfall regeln. Neben der gesetzlichen Ordnung ist jede andere Vereinbarung zulässig, die die Lage des Versicherten nicht verschlechtert. Es ist sonach auch eine Gestaltung der Sachlage zulässig, nach der der Antrag den Antragsteller gar nicht bindet; denn eine solche Abweichung ist nicht zuungunsten, sondern zugunsten des Versicherungsnehmers.[39]) Der Antragsteller braucht auch eine von ihm selbst gesetzte, längere Bindungsfrist nicht gelten zu lassen; es ergibt sich dies aus dem Zweck des Art. 1 und dem Sinn und Geist von Art. 98.

Der österreichische Entwurf kennt gleichfalls, wie das SVVG., eine Frist von 14 Tagen resp. 4 Wochen, fügt aber bei, „wenn nicht ausdrücklich eine kürzere Frist bestimmt ist". Daneben bestimmt aber § 1 Abs. 3 noch: „Eine Verlängerung dieser Fristen ist nur dann zulässig, wenn anzunehmen ist, daß sie zur Durchführung der für die Entscheidung des Versicherers maßgebenden Erhebungen nicht ausreichen, und wenn der letzte Tag der Frist durch schriftliche Vereinbarung kalendermäßig bestimmt worden ist."[40])

Was nach deutschem Recht die Versicherungen betrifft, die nicht unter § 81 fallen, die also keine gesetzliche Gebundenheitsfrist aufweisen, so ist zu sagen, daß die neuen Normativ-Lebensversicherungsbedingungen eine Frist vorgesehen haben von sechs Wochen bei Anträgen über eine Versicherungssumme bis zu 10 000 M. und von zwei Monaten bei Anträgen über größere Versicherungssummen.[41]) Die Haftpflichtversicherungsbedingungen kennen eine Frist von einem Monat,[42]) ebenso die Unfallversicherungsbedingungen, die sich über-

---

[38]) *Behrend*, Z. f. ges. H. R. 55, 74.

[39]) Bericht des eidgen. Versicherungsamtes, 1907, S. VII.

[40]) Über die Beurteilung dieser Vorschrift siehe u. a. *Ehrenzweig*, in Österr. Vers. Zeitung 1909, Nr. 19, und in Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch 1910, I, 80 bis 81; über den neuesten Stand bezüglich dieses Punktes siehe in Versicherungsrecht 1912, Nr. 52, Beilage zur Österr. Vers. Zeitung.

[41]) *Hagen*, in Z. f. ges. V. W. X, 209; über abweichende Regelung siehe Sammlungen von Versicherungsbedingungen, V. Teil, S. 3.

[42]) *Hagen*, in Z. f. ges. V. W. X, 479.

haupt in der ganzen Anordnung und Fassung in bezug auf die gemeinsamen Punkte den Haftpflichtversicherungsbedingungen anschließen.[43]) In Ausnahmefällen können übrigens die Versicherer unter Beobachtung des § 9 Abs. 2 des deutschen Aufsichtsgesetzes von 1901 (ausdrücklicher Hinweis des Versicherungsnehmers und schriftliche Erklärung des Einverständnisses) sich auch eine längere Frist ausbedingen; die zivilrechtliche Gültigkeit einer solchen Abweichung von den allgemeinen Bedingungen wäre nicht zu beanstanden; ein Einschreiten im Aufsichtswege wäre nur bei Mißbrauch oder unbegrenzter Wiederholung gerechtfertigt.[44])

Was den Beginn der Frist betrifft, so können zwei Momente in Betracht fallen, der Zeitpunkt des Absendens des Antrages und der Zeitpunkt, in dem der Antrag beim Versicherer oder beim Agenten eintrifft. Nach gemeinem Recht wäre der Zeitpunkt des Eintreffens maßgebend (SOR. Art. 5). Auf diesem Standpunkt steht auch ein bundesgerichtliches Urteil vom 10. April 1899,[45]) und zwar wird als Moment des Eintreffens der Moment betrachtet, wo es dem Oblaten möglich war, davon Kenntnis zu nehmen, ohne daß erforderlich wäre, daß er tatsächlich davon Kenntnis genommen hat; also z. B. wenn der Antrag in den Briefkasten des Versicherers geworfen wurde. Diesem Zeitpunkt mangelt aber die genaue Bestimmbarkeit, die für die Berechnung der Frist notwendig ist. *Das Richtigere ist es, den Zeitpunkt des Absendens des Antrages als maßgebend zu betrachten;* dadurch ist es sowohl für den Versicherer, als für den Versicherungsnehmer leicht möglich, das Ende der Frist zu berechnen, und es ergeben sich keine Schwierigkeiten aus der Entscheidung, ob der Antrag beim Versicherer oder beim Agenten eingetroffen sein muß, damit die Frist zu laufen beginnt, was sehr gut der Fall sein könnte, bei Verzögerungen des Agenten usw. Auf diesen Standpunkt haben sich die modernen Spezialgesetze gestellt. Der Entwurf *Roelli* bezeichnete als Beginn der Frist die „Absendung oder Übergabe des Antrages an den Versicherer oder dessen Agenten". Die juristische Subkommission schlug an Stelle dieses Ausdrucks vor: „Einreichung des Antrages beim Versicherer oder dessen Agenten". Der bundesrätliche Entwurf bestimmte den Zeitpunkt des Eintreffens des Antrages beim Versicherer oder dessen Agenten als maßgebend, so daß also Übereinstimmung mit dem gemeinen Recht geherrscht hätte. Die ständerätliche Kommission kam aber wieder auf den Vorschlag *Roellis* zurück, und so haben wir heute im SVVG. Art. 1 Abs. 3 die „Übergabe oder Absendung des Antrages an den Versicherer oder dessen Agenten" als maßgebend zu betrachten. Damit ist gemeint Übergabe des Antrages an den Versicherer direkt oder an den Agenten zur Beförderung an den Versicherer oder Absenden an den Versicherer direkt oder an den Agenten. Auch DVVG. § 81 Abs. 2 bestimmt ausdrücklich, daß die Frist beginnt mit der Absendung des

---

[43]) *Hagen,* in Z. f. ges. V. W. X, 685.

[44]) *Hagen,* in Z. f. ges. V. W. X, 209; *Manes-Hagen,* Kommentar zum Vers. Aufsichtsgesetz von 1901, Anmerkung 4 zu § 9.

[45]) B. E. XXV, 2. 458 (*Curti,* Nr. 4479).

Antrages, und der österreichische Entwurf in § 1 Abs. 2 sagt: „Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Tages, an dem der Antrag erklärt oder abgesendet worden ist.“ Wenn nun auch in bezug auf die Dauer der Gebundenheitsfrist durch die Parteien etwas anderes abgemacht werden kann, wenigstens die Frist herabgesetzt werden kann, so kann dagegen der Beginn des Fristenlaufs nicht auf einen anderen Zeitpunkt verlegt werden, da dies gegen SVVG. Art. 1 Abs. 3 und Art. 98, und gegen DVVG. § 81 Abs. 2 und 3 verstoßen würde. Anders verhält es sich natürlich für die Fälle des deutschen Rechts, wo eine Sonderbestimmung nicht vorhanden ist, wo also nach gemeinem Recht die Gebundenheitsfrist berechnet und, wie dies in solchen Fällen die Regel ist, durch Parteivereinbarung festgesetzt wird. Hier kommt die Sonderbestimmung nicht in Betracht, wonach der Beginn auf den Zeitpunkt des Absendens fällt, sondern es gilt der Zeitpunkt des Eintreffens. Dieser Zeitpunkt kann aber auch durch Vereinbarung auf einen anderen Moment festgesetzt werden, z. B., wie dies in der Lebensversicherung häufig geschieht, auf den Tag der ärztlichen Untersuchung.[46])

In allen den Fällen, wo der Moment des Absendens des Antrages die Gebundenheitsfrist in Gang setzt, und nach schweizerischem Recht fallen alle Versicherungsanträge hierunter, zeigt sich eine Verschiedenheit vom gemeinrechtlichen Vertragsantrag darin, daß der Versicherungsantrag, einmal gestellt, nicht mehr widerrufen werden kann. Dies ist auch ein Grund, weshalb der Gesetzgeber den Moment des Absendens für den Beginn erheblich erklärt hat, denn so wird den im Geschäftsbetrieb der Agenten so häufigen Ausspannungen ein wirksamer Riegel vorgeschoben. Es gibt aber dennoch Fälle, wo *widerrufen* werden kann, nämlich dann, wenn ein Bote den Antrag zu befördern hat, und ferner, wenn der Antrag durch die Post versandt wurde. Im letzteren Fall kann der Absender über den Antrag noch verfügen, solange er nicht beim Empfänger angekommen ist.[47]) Für diese Fälle wird das bundesgerichtliche Urteil noch Bedeutung haben, nach welchem die Beweislast des Widerrufs des Antrages den Versicherungsnehmer trifft.[48])

Ist der Beginn der Gebundenheitsfrist festgestellt, so ist das *Ende der Gebundenheitsfrist* nach den gemeinrechtlichen Vorschriften zu berechnen, da die VVG. keine besonderen Normen aufstellen (ROR. = Schweizer. revidiertes Oblig. Recht Art. 77, 78; BGB. §§ 187 bis 193).

c) Erlöschen des Antrages durch Änderung in der Sachlage.

Außer durch Zeitablauf kann der Antrag resp. seine Gebundenheit erlöschen durch Änderung in den Verhältnissen, auf die der zukünftige Vertrag sich beziehen soll, durch Änderung der Sachlage. Es handelt sich also um die Zeit von der Übergabe des Antrages

---

[46]) *Kohler,* 420.

[47]) Schweiz. Postgesetz vom 5. April 1910, Art. 67.

[48]) B. E. XXV. 2, 464 ff. (Bericht I, Nr. 36; *Curti,* Nr. 4479).

bis zur Annahme des Antrages. Ganz allgemein sagt hier *Gerhard:*[49]) Veränderungen der im Antrag angegebenen Umstände zur Zeit der Annahme, also innert der erwähnten Zwischenzeit, machen den Versicherungsvertrag ungültig, es könne gar kein Vertrag zustande kommen, denn es sei nicht nur erforderlich, daß zur Zeit der Annahme der Antrag formell bestehe, sondern es müsse der Antragende auch die Möglichkeit besitzen, seine im Antrag gegebenen Erklärungen aufrecht zu erhalten. Gegen diese Ansicht wendet sich *Schneider,*[50]) sie widerspreche dem § 145 BGB., der die Gebundenheit des Antragenden vorschreibe (also auch den Spezialvorschriften bezüglich der Antragsgebundenheit). Die nachträgliche Änderung sei dem Versicherer anzuzeigen und es hänge dann von der Entschließung des Versicherers ab, den Antrag anzunehmen. Während *Gerhard* von der Anzeigepflicht gar nichts erwähnt, verlangt *Schneider* in allen Fällen die Anzeige der veränderten Sachlage. Zu anderen Ergebnissen kommt jedoch *Joseph.*[51]) Es sind alle Änderungen anzuzeigen, auch die nach Stellung des Antrages eingetretenen; diese Anzeigepflicht besteht, bis dem Antragsteller die Annahme zugegangen ist. Wird die Anzeige unterlassen, so treten die Folgen der verletzten Anzeigepflicht ein, d. h. der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten. In der Nachtragsanzeige liegt ein neuer Antrag, so daß eine neue Annahmefrist zu laufen beginnt. Stellt die Änderung sich als ein Versicherungsfall dar, so ist der Versicherer nicht leistungspflichtig; denn er wird dies erst mit dem Zugehen der Annahmeerklärung. Erlischt in der Zwischenzeit das versicherte Interesse, so liegt der Fall von DVVG. § 68 Abs. 1 vor, d. h. der Versicherer erhält nur eine Geschäftsgebühr.

Von dieser Grundlage aus, wie *Joseph* sie für das deutsche Recht aufstellt, wollen wir hier noch diese Verhältnisse betrachten, wie sie sich nach SVVG. gestalten, denn daß man hier die Frage nicht mit bloßer Nichtigkeit des Vertrages, wie *Gerhard,* abtun kann, haben schon *Joseph* und *Schneider* gezeigt, ebenso, daß die Anzeigepflicht herangezogen werden muß. Wir gehen davon aus, *daß solche Änderungen während der Gebundenheitsfrist zwar grundsätzlich den Antrag bestehen lassen, daß sie aber, sofern sie eine Gefahrsänderung bewirken, unter Art. 4 SVVG. fallen,* wonach alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, sowie und soweit sie dem Antragsteller beim Vertragsschluß bekannt sind oder bekannt sein müssen, dem Versicherer an Hand eines Fragebogens oder auf sonstiges schriftliches Befragen schriftlich mitzuteilen sind.[52]) Als der Zeit-

---

[49]) *Gerhard,* Kommentar, 21.

[50]) Recht, 1909, 429.

[51]) *Joseph,* Das Zustandekommen des VV. und die Wirkung der eintretenden Änderung der Sachlage in Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch, 1910, I. 47 ff.

[52]) Über die Anzeigepflicht siehe u. a. bei *Bache,* Die Anzeigepflicht des Versicherten; *Rynert,* Die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers beim Abschluß des Binnenversicherungsvertrages; Begründung 30 bis 36: *Gerhard,* Kommentar zu §§ 16 bis 18, 84 bis 106; *Schneider,* Kommentar zu §§ 16 bis 18, 127 bis 188; *Roelli,* Motive I, zu Art. 6 bis 11, 44 ff.; *Roelli,* Kommentar zu Art. 4 bis 8, 54 bis 136; Bundesrätlicher Entwurf, Art. 5 bis 7, und dazu die Botschaft.

punkt, bis zu dem der Versicherer anzeigepflichtig ist, ist im SVVG. Art. 4 der Ausdruck „beim Vertragsschluß“ erwähnt, und nach DVVG. § 16 begegnet uns die Wendung „bei der Schließung des Vertrages“; die Anzeigepflicht während des Vertrages kommt hier nicht in Betracht. Diese Anzeigepflicht vor Vertragsschluß erstreckt sich auch über die Ausfüllung des Antragsformulars hinaus und erreicht ihr Ende erst mit dem Moment des Vertragsschlusses, mit dem Moment, wo die Annahmeerklärung beim Antragsteller eintrifft.[53]) Mit diesem Moment schlägt die Anzeigepflicht vor Vertragsschluß um in die Anzeigepflicht während der Vertragsdauer. Geht der Antrag vom Versicherer aus, wie es ausnahmsweise geschehen kann, und worüber wir noch in einem Abschnitt über besondere Abschlußverhältnisse sprechen werden, so hört die Anzeigepflicht vor Vertragsschluß auch hier erst auf mit dem Vertragsschlußmoment, also mit dem Zeitpunkt, da die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers den Versicherer oder seinen Vertreter erreicht. Es ist also immer der Moment des Vertragsschlusses maßgebend und nie derjenige der Antragstellung oder des Beginnes der Vertragswirkung. Auch diese nachträglichen, nach der Antragstellung erfolgenden Anzeigen haben zu geschehen im Rahmen des Art. 4 SVVG. resp. § 16 DVVG., also schriftlich und nur soweit, als der Fragebogen oder das schriftliche Befragen des Versicherers reicht.

Es kann aber der Fall eintreten, daß diese nachträglichen Anzeigen zwar zur Zeit gemacht wurden, aber erst nach Vertragsschluß beim Versicherer einliefen. Der Versicherer ist hier an den Vertrag nicht gebunden, denn er hat den Antrag angenommen unter Berücksichtigung der in ihm enthaltenen Gefahrsdeklaration und nicht der neuen Deklaration, da er diese noch nicht kennen konnte. Es macht nun keine Schwierigkeiten, den Versicherer als nicht gebunden zu betrachten, wenn die verspätet eingetroffene Anzeige auf einer Schuld des Antragstellers beruht, sei es in bezug auf die Verspätung, insofern als der Antragsteller diese Mitteilung schon mit dem Antrag hätte machen können, sei es, daß er sie sonst noch hätte rechtzeitig vor Annahme des Antrages dem Versicherer zukommen lassen können. Handelt es sich aber um eine schuldlose Verspätung, wenn also der Antragsteller die Gefahrtatsache erst nach Stellung des Antrages erfahren hat, oder die Mitteilung ohne seine Schuld erst nach Vertragsschluß beim Versicherer anlangte, so geht es nicht an, den Versicherer einfach für nicht gebunden zu erklären wegen der veränderten Gefahrlage, dem guten Glauben des Antragstellers ist doch Rechnung zu tragen; anderseits muß der Versicherer wenigstens die Möglichkeit haben, auf diesen neuen Antrag, denn ein solcher liegt bezüglich der neuen Gefahrmomente vor, nicht einzutreten und von dem durch diese neuen Momente eventuell erschwerten Vertrag zurückzutreten. In Ansehung dieser Punkte ergibt sich, daß der Versicherer, wenn er wegen der neuen, nachträglichen Gefahrsanzeigen den Vertrag nicht gelten lassen will, dem Versicherungs-

[53]) *Ehrenberg*, 267 und 340; *Roelli*, Motive I. 64, Note 84 und die dort angegebenen Zitate; *Roelli*, Kommentar, 82 bis 83; *Schneider*, 130.

nehmer davon sofort Mitteilung zu machen hat, denn dieser wäre sonst der Meinung, sein Vertrag bestehe weiter, trotz der neu gemeldeten, aber verspätet eingetroffenen Gefahrmomente. *Roelli* kommt zu diesem Resultat, gestützt auf ZGB. Art. 2 Abs. 1, der vorschreibt, daß man in der Ausübung seiner Rechte und der Erfüllung seiner Pflichten nach Treu und Glauben zu handeln habe.[54]) Dieser Fall der verspätet, erst nach Vertragsschluß eingetroffenen Anzeige wird behandelt wie Verlängerungsanträge nach Art. 2 SVVG. Wenn der Versicherer wegen der Gefahrsänderung nicht gebunden sein will, so muß er den Rücktritt vom Vertrag erklären; Schweigen gilt als Zustimmung. Für den Rücktritt hat er allerdings nicht 14 Tage Zeit wie für die Ablehnung der Versicherungsanträge nach Art. 2, sondern dieser muß sofort geschehen. Wir kommen also zum Ergebnis, *daß bei schuldlos verspäteter, d. h. beim Versicherer erst nach Vertragsschluß eingetroffener, aber rechtzeitig abgegebener Anzeige der Versicherer ein auf vertragswidriges Verhalten des Anzeigepflichtigen begründetes Rücktrittsrecht vom Vertrag hat,* das verschieden ist in Voraussetzung und Wirkung von der Nichtigkeit und der Anfechtbarkeit der Unverbindlichkeit im Sinne von OR., die sich auf einen Mangel des rechtsgeschäftlichen Tatbestandes gründet.[55]) Liegt in dem verspäteten Eintreffen der Anzeige ein Verschulden des Versicherungsnehmers, so steht der Annahme der Nichtigkeit nichts im Wege; in allen übrigen Fällen, wo die Anzeige nach Antragstellung erfolgt, aber rechtzeitig noch vor Vertragsabschluß beim Versicherer eintrifft, finden einfach die Bestimmungen über die Anzeigepflicht (SVVG. Art. 4 bis 8) Anwendung.

Eine Ausnahme von dieser grundsätzlichen Irrelevanz der veränderten Sachlage für die Existenz des Antrages bildet das vollständige Wegfallen des versicherbaren Interesses oder der Gefahr; denn dadurch geht dem Antrag der Inhalt verloren, der für jeden Vertrag notwendig ist. Eine Ausnahme macht auch der Eintritt des Ereignisses. In solchen Fällen, wo beim Abschluß der Versicherung die Gefahr bereits weggefallen oder das befürchtete Ereignis schon eingetreten ist, d. h. wo das versicherbare Interesse fehlt, ist der Versicherungsvertrag nichtig. (SVVG. Art. 9.) Es ist dies nichts anderes als der gemeinrechtliche Grundsatz, daß ein Vertragsabschluß mit objektiv unmöglicher Leistung nichtig ist (ROR. Art. 20); das VVG. hat dies nur erwähnt, um dem seeversicherungsrechtlichen Grundsatz, daß der Vertrag auch dann bestehe, wenn zur Zeit seines Abschlusses der Eintritt des befürchteten Ereignisses schon ausgeschlossen oder der Schaden bereits eingetreten sei, und die Partei davon keine Kenntnis hatte, ausdrücklich den Eingang in das Binnenversicherungsrecht zu verwehren.[56]) Ganz ausgeschlossen hat aber das SVVG. den seeversicherungsrechtlichen Satz nicht,

[54]) *Roelli,* Kommentar 84.

[55]) Näheres siehe bei *Roelli,* Kommentar, 100ff.

[56]) *Roelli,* Motive I, zu Art. 12, S. 96ff.; Stenographisches Bulletin der schweizerischen Bundesversammlung 1905, 144 bis 145; ferner *Voigt,* Kommentar zum deutschen Seeversicherungsrecht, 79ff.

sondern es hat ihn zugelassen für die Feuerversicherung hinsichtlich solcher Gegenstände, die im Ausland gelegen sind und ferner für die Transportversicherung, wenn beide Parteien beim Vertragsschluß nichts wußten vom Wegfall der Gefahr oder vom Eintritt des befürchteten Ereignisses. Wußten beide Parteien davon, dann tritt Art. 9 ein; der Vertrag ist nichtig. Wußte nur eine Partei beim Vertragsschluß vom Fehlen des versicherbaren Interesses, so beschränkt sich das Gesetz auf den Schutz der gutgläubigen Partei; sie ist nicht an den Vertrag gebunden; sie kann vom Vertrag zurücktreten, und zwar jederzeit, da das Gesetz keine Frist aufstellt. (Art. 10 Abs. 1 bis 3.) *Unter Berücksichtigung dieser Art. 9 und Art. 10 ist sonach für das schweizerische Recht zu sagen, daß das Wegfallen der Gefahr oder das Eintreten des befürchteten Ereignisses während der Gebundenheitsfrist, also das Wegfallen des versicherbaren Interesses vor Vertragsabschluß, den Antrag unannehmbar macht, so daß kein Vertrag zustande kommt. Dies aber nur, wenn es sich nicht um Feuerversicherung eines im Auslande gelegenen Objektes oder um Transportversicherung handelt und beide Parteien nichts wußten von dem Wegfall des versicherbaren Interesses.* Wußte eine Partei davon, so ist für die andere Partei bloß ein Rücktrittsrecht begründet; Ersatz der Geschäftsunkosten tritt nur zugunsten des Versicherers ein, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt des befürchteten Ereignisses vor Vertragsabschluß kannte.

Das DVVG. regelt diese Verhältnisse in § 2 unter der Marginalbezeichnung: vorgeschobene Versicherung. Es geht diese Bestimmung davon aus, daß die Versicherung auch in der Weise vorgenommen werden könne, daß sie in einem vor der Schließung des Vertrages liegenden Zeitpunkt beginnt (§ 2 Abs. 1). Es bestimmt dann Abs. 2 weiter: „Weiß in diesem Falle der Versicherer bei der Schließung des Vertrages, daß die Möglichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles schon ausgeschlossen ist, so steht ihm ein Anspruch auf die Prämie nicht zu. Weiß der Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages, daß der Versicherungsfall schon eingetreten ist, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei; dem Versicherer gebührt, sofern er nicht bei der Schließung von dem Eintritte des Versicherungsfalles Kenntnis hatte, die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in welcher er diese Kenntnis erlangt.“ Im Gegensatz zur schweizerischen Regelung läßt also das deutsche Recht die Versicherungsvertragsschließung für die Fälle, in denen das Ereignis schon eingetreten ist, ganz allgemein zu und beschränkt sich nicht auf die im SVVG. Art. 10 Abs. 1 genannten Spezialfälle; es hat also das DVVG. den seeversicherungsrechtlichen Grundsatz des DHGB. § 785 Abs. 1 ohne Einschränkung aufgenommen. Sowohl das deutsche wie das schweizerische Recht verlangen aber, daß beide Parteien vom Wegfall des versicherten Interesses keine Kenntnis hatten; bei Kenntnis einer Partei von diesem Wegfall beschränken sich beide Gesetze auf den Schutz der gutgläubigen Partei. *Für das deutsche Recht ergibt sich sonach, daß der Wegfall des versicherten Interesses während der Gebundenheitsfrist des Antragstellers ganz allgemein für alle Versicherungsverträge*

den Antrag nicht unannehmbar macht, vorausgesetzt, daß beide Parteien von diesem Wegfall keine Kenntnis hatten. Weiß eine Partei von diesem Umstand, so verliert sie ihren Anspruch. Sowohl SVVG. Art. 9 und 10, als DVVG. § 2 sind unabänderlich.

Über den teilweisen Wegfall oder über den teilweisen Eintritt des befürchteten Ereignisses sagen die VVG. nichts; es werden also subsidiär die Bestimmungen des gemeinen Rechts (SOR. resp. BGB.) eintreten. Der Vertrag wird teilweise nichtig sein, nicht zustande kommen, unter Berücksichtigung des obigen Ergebnisses für totalen Wegfall des befürchteten Ereignisses; hinsichtlich des möglichen Teils wird ein Vertrag zustande kommen; nach deutschem Recht ist ein solches teilweises Entstehen nur möglich, wenn eine oder beide Parteien den teilweisen Wegfall kannten.

d) Erlöschen des Antrages durch Änderung in den persönlichen Verhältnissen.

Es ist auf beiden Seiten ein Personenwegfall oder Personenwechsel möglich. *Auf Seiten des Versicherers* kann dies geschehen durch Konzessionsentzug oder Konkurs oder Portefeuilleübertragung. Da aber die Anträge an eine bestimmte Gesellschaft gerichtet werden, so verlieren sie sofort ihre bindende Kraft mit dem Wegfall derselben. Auch beim Wechsel in der Person des Versicherers, der bei der sogenannten Portefeuilleübertragung vorkommen kann, wird dem Antragsteller, aber auch dem neuen Versicherer, bezüglich der noch an den alten Versicherer gestellten Anträge freie Hand belassen werden müssen. Und sollte auch der Versicherer, der das Portefeuille übernommen hat, mit dem alten Versicherer vereinbart haben, daß er auch die schwebenden Anträge zur Annahme oder Ablehnung übernehme, so muß doch dem Antragsteller überlassen bleiben, ob er seinen Antrag auf diesen neuen Versicherer erstrecken will, denn seinen Antrag hat er an einen bestimmten Versicherer gestellt und nur für diesen ist sein Antrag bindend.

Auf Seiten des Antragstellers können sich Änderungen ergeben durch Tod oder Handlungsunfähigkeit. Der *Tod des Antragstellers* nach erfolgter Antragstellung hat auf den Antrag verschiedene Wirkung, je nachdem es sich um Personen- oder Schadensversicherung handelt. In der Schadensversicherung, wo die Person des Antragstellers als solche für den Vertrag unwesentlich ist, wo es nur auf die wirtschaftlichen Verhältnisse ankommt, kann der Versicherer durch Annahme des Antrages den Vertragsabschluß gegenüber den Erben bewirken. Anders bei der Personenversicherung, wo die persönlichen Momente eine Rolle spielen. Durch den Tod des Antragstellers fällt der Antrag eben in sich zusammen, da er sein Subjekt verliert; da der Tod in diesen Fällen für gewöhnlich als Versicherungsfall sich charakterisiert, so ist auf die oben erwähnten Verhältnisse der Änderung in der Sachlage, des Eintrittes des befürchteten Ereignisses zu verweisen.[57])

[57]) *v. Oertzen*, in Z. f. ges. V. W. XI. 831, dagegen ist der Meinung, daß ein Lebensversicherungsvertrag doch noch zustande kommen kann, ein solcher



Der Eintritt der *Handlungsunfähigkeit des Antragstellers* nach Absendung des Antrages hat keinen Einfluß auf den Vertragsabschluß, vorausgesetzt, daß die Annahmeerklärung des Versicherers dem gesetzlichen Vertreter des Antragstellers rechtzeitig zukommt.

Über einen weiteren Erlöschungsgrund, die *Ablehnung des Antrages,* siehe die Ausführungen über die Annahme des Antrages, in Abschnitt C.

III. Die den Antrag im engeren Sinn ergänzenden Willensäußerungen im Antragsformular.

1. Überblick.

Mehr Schwierigkeiten als die vorhergehende Frage nach dem juristischen Wesen des Versicherungsantrages im juristischen, engeren Sinne machen die zum Versicherungsantrag im juristischen Sinn gehörenden übrigen Willensäußerungen des Versicherers und hauptsächlich des Versicherungsnehmers. Der Antrag enthält, wie *Roelli* in seinen Motiven sagt, „neben der Gefahrdeklaration vielfach Willenserklärungen des Antragstellers, die für die Gestaltung des Vertragsverhältnisses bedeutsam sind." Neben dem petitum, dem Antrag im engeren Sinn, erwähnt auch *Hecht* noch weitere Erklärungen, die zum Antrag im formalen Sinn gehören, Erklärungen, die bei jedem Vertragsantrag, besonders häufig aber beim Versicherungsantrag, auftreten.[58]) Über diesen zweiten, dem petitum parallel gestellten Inhaltskomplex des Versicherungsantrages im juristischen Sinn (den Hauptbestandteil des Versicherungsantrages im technischen Sinn) gehen die Meinungen auseinander, hauptsächlich im Hinblick auf solche Erklärungen, die schon im Antrag verpflichtende Kraft aufweisen oder wenigstens in solcher Form auftreten.

Hagen sieht in ihnen keinen Hinderungsgrund, den Versicherungsantrag als wahren Antrag zu behandeln; diese Willenserklärungen geben sich ihm alle durch die Gebundenheit an den Antrag zu verstehen, ohne daß er übrigens auf eine nähere Betrachtung dieser Erklärungen eintritt. *Joseph* und *v. Oertzen* suchen die Existenz von solchen Erklärungen zu begründen durch einen Vertrag, der neben dem Antrag herlaufe. Sie ziehen nur die eine Verpflichtung bildenden Willenserklärungen herbei. In diesem Vertrag, der dadurch zustande komme, daß der Versicherungslustige das die Verpflichtungen enthaltende Antragsformular ausfülle, unterschreibe und dem Versicherer aushändige, soll also die Begründung dieser verpflichtenden Willenserklärung liegen. *Schneider* äußert sich über die neben dem Antrag herlaufenden Verpflichtungen nicht; aus seinen übrigen Ausführungen über den Abschluß des Versicherungsvertrages

Vertrag könne aber nur dann zur Leistung des Versicherers führen, wenn die Leistungspflicht von der Ausstellung der Police abhängig gemacht sei, wenn also der Beginn der Versicherung vor den Abschluß des Vertrages gestellt sei (DVVG. § 2) und der Versicherer die Police ausstelle, bevor die Annahmeerklärung dem Versicherungsnehmer zugegangen sei.

[58]) *Roelli,* Motive I, 37, Veröffentlichungen II, 187.



ergibt sich aber das Resultat, daß *Schneider* diese Verpflichtungen als bloße obligationes naturales ansieht. *Demelius* und Dr. *K.* erachten es für notwendig, diese Verpflichtungen in einem Vertrag entstehen zu lassen; doch verlegen sie diese Vereinbarung auf einen früheren Termin, auf die Zeit der Vorverhandlungen zwischen Agent und Versicherungssuchendem. Durch diesen Vertrag will *Demelius* zugleich auch die Anzeigepflicht des Versicherungslustigen begründen, und ferner geht ihm aus diesem Vertrag sowohl die Verpflichtung des Versicherers als des zukünftigen Versicherungsnehmers hervor, einen Versicherungsvertrag zu schließen, also auch das petitum, das bei *Demelius* vom Versicherer ausgeht. Es liegt ein Vorvertrag, ein pactum de assecurando, vor; das Antragsformular ist hier eine schriftliche Schuldanerkenntnis in bezug auf die verschiedenen Verpflichtungen und zugleich auch schon die Erfüllung einer solchen Pflicht, nämlich der Anzeigepflicht. Dr. *K.* sieht im Antragsformular die Urkunde über einen suspensiv bedingten Vertrag, der die erwähnten Verpflichtungen auch umfaßt.

Es ist ja richtig, daß nach gemeinem bürgerlichen Recht ein Antrag, der eine Verpflichtung enthält, eben kein wahrer Antrag ist; sind wir aber wirklich gezwungen, wegen dieser verpflichtenden Erklärungen zu solchen Konstruktionsversuchen zu greifen und dadurch die Abschlußverhältnisse zu komplizieren und den Versicherungsabschluß vom gemeinrechtlichen Vertragsabschluß zu trennen? Um über diese Frage ins Klare zu kommen, ist es wohl vor allem notwendig, auf das Wesen und die Natur der den Antrag im engeren Sinn begleitenden, besonders auch auf die mit verpflichtender Kraft ausgestalteten Willensäußerungen näher einzutreten, und zwar sowohl auf die Erklärungen, die ausgehen vom Antragsteller, als auf die, welche der Versicherer abgibt. Wenn wir die schon oben erwähnten, beispielsweise angeführten Verpflichtungen des Antragstellers betrachten (Verpflichtung zur ärztlichen Untersuchung, zur Einlösung der Police, zur Zahlung der ersten Prämie, zur Lieferung eines amtlichen Altersausweises, zur genauen Beantwortung der im Antrag gestellten Fragen, zur Deklaration der Gefahrsverhältnisse, zur Vermeidung der Mitteilung an Dritte über den gestellten Antrag, zur Tragung gewisser Kosten, auch bei Ablehnung des Antrages), so muß uns vor allem die Verschiedenartigkeit der an den Versicherungslustigen gestellten Anforderungen auffallen. Diese Verschiedenartigkeit läßt wohl die Beantwortung der Frage nach dem juristischen Wesen dieser Verpflichtungen und nach ihrer Bedeutung für den Versicherungsantrag nicht in der Allgemeinheit zu, wie sie die oben zitierten Autoren in ihren Arbeiten anwenden. Das erste wird sein, diese nach ihrem Zweck so verschiedenen Verpflichtungen nach gemeinsamen Gesichtspunkten zu ordnen, dann läßt sich für jede einzelne Gruppe die juristische Bedeutung besser bestimmen und hernach auch leicht die Frage entscheiden, ob durch diese verpflichtenden Willensäußerungen im Versicherungsantrag die Annahme eines Antrages im zivilrechtlichen Sinn ausgeschlossen sei und eventuell was für eine Konstruktionserklärung für diese Ver-

pflichtungen am besten Anwendung finde. Doch nicht nur die den Antragsteller verpflichtenden Willensäußerungen oder die in dieser Form auftretenden Erklärungen des Antragstellers sollen herbeigezogen werden, sondern alle das petitum begleitenden Willensäußerungen des Antragstellers und daneben auch die Willensäußerungen des Versicherers.

Zu einer solchen Rubrizierung gibt uns *Roelli* die erste Anleitung, indem er von Willenserklärungen neben den Gefahrsdeklarationen spricht.[59]) Auch *Herrmann* macht eine Unterscheidung von deklaratorischen und rechtsgeschäftlichen Bestandteilen der Antragserklärung.[60]) Wenn wir dann noch an die Erklärungen denken, die schon vor Vertragsabschluß verpflichtende Wirkung haben und an die Verpflichtungen, die sich, wie *Hagen* annimmt, durch die Gebundenheit an den Antrag erklären lassen, und wenn wir ferner noch die Erklärungen des Versicherers herbeiziehen, so ergibt sich für uns folgende Einteilung der den Antrag im engeren Sinn ergänzenden Willensäußerungen, auf Grund deren wir unsere weiteren Erörterungen vornehmen werden:

1. Willensäußerungen deklaratorischer Natur zur Beurteilung des wirtschaftlichen Risikos (Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers).
2. Willensäußerungen rechtsgeschäftlicher Natur, die durch den Vertragsabschluß zum Gegenstand des Vertrages werden, ausgehend vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer.
3. Willensäußerungen, die schon vor Vertragsabschluß verpflichtende Wirkung haben:
   a) des Antragstellers;
      aa) die durch die Gebundenheit an den Antrag zu erklären sind;
      bb) die durch die Gebundenheit an den Antrag nicht zu erklären sind (wahre Verpflichtungen).
   b) des Versicherers.

2. Willensäußerungen deklaratorischer Natur.

Was die Erklärungen deklaratorischer Natur betrifft, so ist zu sagen, daß hier nur die Anzeigepflicht bei Abschluß des Vertrages in Betracht kommt, die dem Versicherungsnehmer obliegende Verbindlichkeit, beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten, für die Beurteilung des Risikos relevanten Gefahrsumstände an Hand des Fragebogens anzuzeigen. Diese Pflicht wird nun im Antragsformular bereits erfüllt; die Deklaration bildet einen Teil des Antrages im weiteren Sinn, sei es auf dem Antragschein selbst, was das Gewöhnliche ist, sei es auf einer besonderen Urkunde. Diese Pflicht, die hier im Antrag schon erfüllt wird oder erfüllt werden sollte, muß also schon vor Stellung des Antrages begründet worden sein. Über diesen Grund der Anzeigepflicht gehen schon seit langem die Ansichten aus-

---

[59]) *Roelli,* Motive I, 37.
[60]) *Herrmann,* in Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch 1902, I, 10 bis 11.

einander, und auch unsere schon oft erwähnten Autoren, mit Ausnahme von *Hagen*, *v. Oertzen* und Dr. *K.*, gehen bei ihren Untersuchungen über das Wesen des Versicherungsantrages auf die Begründung der Anzeigepflicht ein.[61])

Für unsere Aufgabe genügt die Feststellung der Tatsache, daß die Anzeigepflicht nicht eine im Versicherungsantrag enthaltene Verpflichtung ist, sondern daß im Antrag schon die Erfüllung dieser Pflicht liegt, deren Entstehungsgrund anderswo liegt. Die Anzeigepflicht oder besser die Anzeigepflichterfüllung im Antragsformular hat keinen Einfluß auf die Natur des Versicherungsantrages im engeren Sinn, da sie eben, auch wenn die Anzeigepflicht als wirkliche Verpflichtung des Antragstellers angesehen wird, im Antragsformular schon ihre Erfüllung erfährt.

Was die *Schriftlichkeit der Anzeigepflichterfüllung* betrifft, so kann auf das im Abschnitt über die Form des Antrages im engeren Sinn Gesagte verwiesen werden.

3. Willensäußerungen rechtsgeschäftlicher Natur.

Neben den Erklärungen deklaratorischer Natur enthalten die Versicherungsanträge auch ergänzende Erklärungen vertragsgeschäftlicher Natur. Diese werden durch die Vertragsschließung, den Konsens, zum Vertragsinhalt. Es sind aber nur die Erklärungen, die nicht schon zum Antrag im engeren Sinn gehören; Erklärungen über die gegenseitige Leistungspflicht sind notwendige Bestandteile des Antrages im engeren Sinn und ihr Fehlen hätte zur Folge, daß kein Antrag im zivilrechtlichen Sinn vorliegt. Das Fehlen von solchen, den Antrag im engeren Sinn bloß ergänzenden Erklärungen hat auf den Antrag selbst keinen Einfluß. Es können aber solche Ergänzungen beliebig beigefügt werden, seien es nun Willensäußerungen des Versicherers oder solche des Versicherungsnehmers. Es sind einfach Bestimmungen der allgemeinen oder der besonderen Versicherungsbedingungen, sogenannte Klauseln, d. h. „kurze Schlagworte, welche in knappem Ausdruck meist einen sehr umfassenden Inhalt bergen",[62]) die die Haftung des Versicherers beschränken, die dem Versicherungsnehmer oft sehr schwere Obliegenheiten überbinden, bei denen er entweder seinen Anspruch verliert, dabei aber seine Verpflichtung erfüllen muß, oder bei denen er nur noch einen beschränkten Anspruch hat (z. B. SVVG. Art. 38);[63]) diese Verwirkungsklauseln und auch sonstige Klauseln, d. h. Bestimmungen der Versicherungsbedingungen, kurz, diese ergänzenden Willensäußerungen, die erst mit Vertragsabschluß verpflichtende Kraft bekommen (abgesehen von der Vertragsgebundenheit, die sich natürlich auch auf sie erstreckt, da sie ja den Antrag im engeren Sinn

---

[61]) Über die Begründung der Anzeigepflicht siehe Näheres bei *Roelli*, Motive I, zu Art. 6 bis 11, S. 44 ff. und bei *Rynert*, Über die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers beim Abschluß des VV. nach Binnenversicherungsrecht. 1908.

[62]) *Ehrenberg*, 280.

[63]) *Guyer*, Kommentar zum SVVG., 14.

ergänzen), haben bisweilen schon vorher, im Antragsformular, die Form von Verpflichtungen. Dies rührt daher, daß sie dem Versicherungsnehmer vom Versicherer vorgelegt werden, damit er sie durch seine bloße Unterschrift zu seiner eigenen Willenserklärung machen kann. Sobald die Unterschrift gesetzt ist, kommt, abgesehen von wenigen Ausnahmen, die oben schon erwähnt wurden, nur noch die juristische Provenienz und nicht mehr die faktische in Betracht. Wir haben hier ganz gewöhnliche Vertragsverpflichtungen des Antragstellers oder auch des Versicherers zur Ergänzung des wesentlichen Antragsinhaltes; es ist der nämliche Fall, wie wenn der offerierende Mieter in seiner Offerte sagt: „Ich verpflichte mich, den Mietzins pränumerando zu zahlen.“ *Es üben diese scheinbaren Verpflichtungen im Antrag, die erst durch die Annahme des Antrages zur rechtsgültigen Verpflichtung werden und vorher einfach Antragsinhalt sind, keinen Einfluß auf das Wesen des Versicherungsantrages als Antrag im zivilrechtlichen Sinn aus.* Vor der Antragstellung ist eine solche Verpflichtung eine gewöhnliche Voraussetzung, an deren Vorhandensein der Versicherer die Annahme des Antrages knüpft, wenn nicht durch besondere vorgehende Vereinbarungen diese Voraussetzung gestrichen wird, d. h. mangels anderer Abrede hat der Antragsteller diese Erklärung durch Unterschrift des ganzen Formulars zu der seinen zu machen, wenn er erwarten will, daß der Versicherer den Antrag annehme. Streicht er die Klausel, so kann er die Annahme nicht erwarten; es kann sich aber natürlich der Versicherer dennoch durch Annahme des Antrages damit einverstanden erklären.

4. Willensäußerungen mit verpflichtender Kraft vor Vertragsabschluß.

a) des Antragstellers.

aa) Durch die Antragsgebundenheit zu erklärende Verpflichtungen.

Wir haben gesehen, daß einige solche Verpflichtungen in Wirklichkeit gar keine Verpflichtungen sind, sondern einesteils Erfüllungen von Verpflichtungen, deren Entstehungsgrund streitig, für die vorliegende Frage aber bedeutungslos ist, und andernteils Willensäußerungen, die erst mit Vertragsabschluß verpflichtende Kraft bekommen und nur im Antrag schon die Form aufweisen, die sie im künftigen Vertrag haben. Nun gibt es aber wirklich Erklärungen, die schon vor Vertragsabschluß verpflichtende Wirkung haben und die somit dem Versicherungsantrag den Charakter eines wahren Antrages nehmen könnten. Wie *Hagen* richtig sagt, lassen sich solche Erscheinungen durch die Antragsgebundenheit erklären.[64]) Aber es sind nur wenige Fälle, die sich durch die Gebundenheit an den Antrag erklären lassen. Als Beispiel erwähne ich die Verpflichtung, beim Konkurrenten des Antragsempfängers nicht einzutreten.[65]) Eine

[64]) *Hagen,* in Gerhard, Kommentar, § 160, Anmerkung 2, S. 646, und *Hagen,* in Z. f. ges. V. W. X, 209.

[65]) Ein Beispiel für Verpflichtungen im Antrag angeführt von *Joseph*, in Z. f. ges. V. W. VIII, 690.

solche Verpflichtung hat gewöhnlich einfach den Zweck, dem Antragsteller die Gebundenheit an den Antrag zur Kenntnis zu bringen und zu erklären. Es heißt dies bloß, daß der Antragsteller verpflichtet ist, an seinem Antrag während der Gebundenheitsfrist festzuhalten, daß er aber trotzdem einen zweiten Antrag an eine zweite Gesellschaft stellen kann (ausgenommen die Fälle, wo Doppelversicherung eintreten würde, SVVG. Art. 53, DVVG. §§ 58—60); nur läuft er dann eben Gefahr, in zwei Verträge hineinzugeraten und so zwei Prämien zahlen zu müssen, denen dann allerdings die entsprechenden Gegenleistungen der Versicherer gegenüberstehen. So lange eine zweite Versicherung rechtlich möglich ist, ohne gegen das Verbot der Doppelversicherung zu verstoßen, kann der erste Antragsempfänger dem Antragsteller keine Pflicht auferlegen, sich zugleich mit einem anderen Versicherer nicht einzulassen; es würde dies die Geschäftstätigkeit des Antragstellers einengen und einen Verstoß gegen die Sittlichkeit bedeuten, und aus diesem Grunde würde eine solche Abrede, ebenso wie eine an sie geknüpfte Vertragsstrafe, nichtig sein (ROR. Art. 20, BGB. § 138). Ist eine solche Verpflichtung mit den guten Sitten vereinbar, so ist sie bloß eine *Umschreibung der Antragsgebundenheit,* die dem Antragsteller auf diese Weise in Erinnerung gerufen werden soll. Vor 1910, als die Spezialgesetze mit ihrer Antragsgebundenheit noch keine Geltung hatten, war eine solche Bestimmung allerdings mehr. Sie stellte eine vertragliche Gebundenheit auf; damals war für eine solche Verpflichtung, wie heute noch, wenn ein Strafversprechen an sie geknüpft wird, eine Annahme nötig, damit die verpflichtende Kraft schon vor Vertragsabschluß Geltung erlangte. Da aber, wie wir schon gesehen haben, durch die Unterschrift des Antrages durch den Antragsteller erst der Inhalt des Antrages zu seiner rechtsverbindlichen Willenserklärung gemacht wurde, die der Versicherer annehmen oder verwerfen kann, da also diese Unterschrift keine Annahme bedeutet, so muß das Strafversprechen aus einer anderen Handlung herstammen; es wird also eine solche Verpflichtung mit Strafversprechen heute unter die folgende Art von Erklärungen fallen, die durch die Gebundenheit an den Antrag sich nicht erklären lassen.

In den Anträgen sind ferner sehr häufig die Verpflichtungen zu treffen, die erste Prämie zu bezahlen, die antragsgemäß gefertigte Police einzulösen. In dieser einfachen Form haben diese Verpflichtungen den gleichen Charakter wie die soeben erwähnten Willensäußerungen, deren verpflichtende Kraft durch die Antragsgebundenheit zu erklären ist.[66])

Gewöhnlich aber will der Versicherungsnehmer von der Einlösung der Police das Inkrafttreten der Versicherung abhängig machen; in diesem Fall können wir diesen Willensäußerungen rechts-

[66]) Eine solche Verpflichtung, die Police gegen Entrichtung der vereinbarten Prämie einzulösen, enthält aber keine Schuldanerkennung des Antragstellers, wie dies ein Urteil des Obergerichts Zürich vom 22. Juni 1910 ausspricht (Bericht II, Nr. 11a), denn diese Einlösungs- und Prämienzahlungspflicht soll doch nur zu Recht bestehen, wenn der Antrag vom Versicherer angenommen ist.



geschäftliche Bedeutung zuschreiben, im Sinne der im vorigen Abschnitt erläuterten ergänzenden Erklärungen.

bb) Durch die Antragsgebundenheit nicht zu erklärende Verpflichtungen (wahre Verpflichtungen).

Ein anderer Teil der ergänzenden Willensäußerungen mit verpflichtender Kraft vor Vertragsabschluß läßt sich dagegen durch die Antragsgebundenheit nicht erklären. Diese Erklärungen müssen wir als wirkliche Verpflichtungen taxieren, die nichts gemein haben mit der Gebundenheit. *Hagen* ist es, der durch die Identifikation von gebunden sein und einseitig verpflichtet sein alles unter den Begriff Gebundenheit werfen will. Daß diese zwei Begriffe aber voneinander verschieden sind, müssen wir nach *Demelius*[67]) aus den Motiven zum BGB., amtliche Ausgabe, Bd. II, S. 175 zu den §§ 342 und 343, des ersten Entwurfes (BGB. § 305) ersehen: „Der Entwurf hält in Übereinstimmung mit dem gemeinen Recht und der modernen Gesetzgebung an dem Grundsatz fest, daß bei Rechtsgeschäften unter Lebenden nur das akzeptierte Versprechen einer Leistung, d. h. der Vertrag, die Verpflichtung zur Erfüllung erzeugt, das einseitige, nicht angenommene . . . . unverbindlich ist . . . . Kaum der Bemerkung bedarf es, daß die Anerkennung der bindenden Kraft des Vertragsantrages mit dem in § 342 Entwurf ausgesprochenen Prinzip nicht in Widerspruch steht." Also Gebundenheit und einseitige Verpflichtungen sind zu trennen. Wir haben zwar gesehen, daß einzelne Verpflichtungen sich wirklich auf die Gebundenheit zurückführen lassen; in anderen Verpflichtungen müssen wir aber wirkliche Verpflichtungen des Zivilrechtes anerkennen. Solche Verpflichtungen kommen nur ausnahmsweise durch einseitiges Rechtsgeschäft zustande; die Regel ist der Vertrag. Für den vorliegenden Fall haben wir keinen Grund, eine Ausnahme anzunehmen, denn zu einer solchen gehört eine besondere Gesetzesbestimmung, und diese liegt nicht vor.

Als solche Verpflichtungen sind alle dem Antragsteller gesetzlich obliegenden Verpflichtungen zu nennen, die unter einem vertraglich abgegebenen Strafversprechen im Antrag figurieren oder andere, formularmäßig festgestellte Obliegenheiten, gesichert durch ein Leistungsversprechen auf Kostenersatz oder auf Bezahlung einer Konventionalstrafe (ROR. Art. 160 Abs. 1), so auch die im vorigen Abschnitt genannte Verpflichtung, beim Konkurrenten des Versicherers nicht einzutreten, sobald sie unter Strafversprechen erklärt ist. Unter die wahren Verpflichtungen fallen aber auch solche Erklärungen ohne besonderes Strafversprechen, so die vertragliche Verpflichtung zur Prämienzahlung, die schon mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrages rechtskräftig sein soll.[68]) Hierher gehört weiter die Verpflichtung, keine Mitteilung vom Antrag zu machen. Wenn diese Verpflichtung auch nur während der Gebundenheitsfrist Bedeutung haben kann, so läßt sie sich doch nicht durch die Gebundenheit erklären, um Gültigkeit zu haben, darf sie sich natürlich nicht so

[67]) *Demelius,* in Z. f. ges. V. W. IX, 129 bis 130.

[68]) Zivilgericht Basel-Stadt vom 19. Februar 1901 (Bericht I, Nr. 177).

weit erstrecken, daß sie gegen die Sittlichkeit verstößt. Ferner gehört hierher auch die Verpflichtung, gewisse Kosten zu tragen, und zwar auch bei Ablehnung des Antrages.

Die wichtigsten und in der Praxis verbreitetsten Verpflichtungen sind diejenigen, die dem Antragsteller eine ärztliche Untersuchung vorschreiben oder ihm die Lieferung eines amtlichen Altersausweises auferlegen. In der Regel muß bei gewissen Versicherungsarten (Lebens- und Unfallversicherung) der Versicherungsnehmer sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen, bevor der Versicherer sich über die Annahme des Antrages entscheidet, und zwar ist gewöhnlich eine gewisse Frist festgesetzt, innert welcher der Antragsteller die Untersuchung vorzunehmen oder den Ausweis zu liefern hat. Diese Pflicht hat ihren Entstehungsgrund am gleichen Ort wie die Anzeigepflicht; es fehlt ihr aber die gesetzliche Sanktion derselben. Die ärztliche Untersuchungspflicht begründet sich also nicht durch Gesetzesvorschrift. Hier hätte es für uns sonach Bedeutung, auf die verschiedenen Entstehungsgründe der Anzeigepflicht, die in der Wissenschaft angeführt werden, einzugehen; denn die ärztliche Untersuchungspflicht ist weiter nichts als eine gesteigerte Anzeigepflicht, zu deren Erfüllung eine Drittperson (Arzt, bei der Pflicht zur Lieferung eines amtlichen Altersausweises die Amtsstelle) herbeigezogen werden muß. Doch wollen wir uns mit der Untersuchung begnügen, auf welchem Standpunkt die Gesetze (DVVG. und SVVG.) stehen.[69])

Da die ärztliche Untersuchungspflicht sich nicht auf eine Gesetzesvorschrift stützen kann wie die Anzeigepflicht, so muß sie durch Parteiberedung entstehen, wie die übrigen wahren Verpflichtungen. DVVG. § 160 sagt dies ausdrücklich: „Durch die Vereinbarung, daß derjenige, auf dessen Person eine Versicherung genommen werden soll, sich zuvor einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen hat, wird ein Recht des Versicherers, die Vornahme der Untersuchung zu verlangen, nicht begründet.“ Nach der Begründung zu dieser Bestimmung wird auch eine Vertragsstrafe, die bei Nichterfüllung der Verpflichtung versprochen wird, als unwirksam erklärt.[70]) Auf diese „Vereinbarung“ und „Verpflichtungen“ in Gesetz und Begründung stützt *Demelius* seine Ansicht, daß bereits vor Annahme des Antrages ein Schuldverhältnis vorliege und entwickelt dieses zu einem pactum de assecurando, aus dem er auch die Anzeigepflicht ableitet. Dieser § 160 schreibt für die Lebensversicherung die ärztliche Untersuchung nicht vor, sondern läßt sie nur zu, und zwar als unklagbare Verpflichtung.

Dadurch, daß dieser Abrede die Klagbarkeit entzogen wird, soll nur erreicht werden, daß eine an die Verweigerung der Untersuchung geknüpfte Vertragsstrafe gleichfalls unklagbar wird. Der Antragsteller, der den Antrag gestellt, aber die ärztliche Untersuchung, zu der er verpflichtet ist, noch nicht hat vornehmen lassen, wird trotz-

[69]) Über die Entstehung der Anzeigepflicht siehe *Roelli,* Motive I, zu Art. 6 bis 11, S. 44 ff.

[70]) Begründung 150.

dem an den Antrag gebunden, solange er verpflichtet ist, die ärztliche Untersuchung vornehmen zu lassen, oder wenigstens solange die gesetzliche oder unter Umständen die vertragliche Antragsgebundenheit dauert. Läßt er diese Frist unbenützt verstreichen, so kommt er vom Antrag los; wenn aber innert der Frist, in der der Antragsteller zur ärztlichen Untersuchung verpflichtet ist, der Versicherer auf die Untersuchung verzichtet, was er durch konkludente Handlung, durch Annahme des Antrages, tun kann, so steht dieser Annahme nichts entgegen; denn der Antragsteller ist an den Antrag gebunden, auch wenn er die ärztliche Untersuchung nicht hat vornehmen lassen. Ganz die gleiche Regelung ergibt sich nach meiner Meinung auch für die Verpflichtung, einen amtlichen Altersausweis zu liefern, überhaupt für die einseitigen Verpflichtungen; für alle diese Erklärungen, die schon vor Vertragsschluß verpflichtende Wirkung haben, wird § 160 DVVG. analog anwendbar sein; es werden diese Verpflichtungen alle klaglos sein, obligationes naturales. Aber nur diese Verpflichtungen und nicht, wie *Schneider* nach der Auffassung von *Demelius*[71]) ausführt, auch die Verpflichtungen zur Einlösung der Police. Wie ich angeführt habe, bekommen diese „Verpflichtungen" ihre verpflichtende Kraft gewöhnlich erst mit dem Vertragsabschluß, und nach diesem richtet sich ihre Klagbarkeit, oder sie sind bloße Umschreibungen der Antragsgebundenheit.

Im SVVG. haben wir keine Vorschrift, die dem § 160 DVVG. entspricht; es steht sonach den Parteien frei, an die Nichterfüllung der ärztlichen Untersuchungspflicht eine Vertragsstrafe zu knüpfen, und deren Klagbarkeit scheint sich also nicht bestreiten zu lassen.[72]) Der Antragsteller ist schließlich durch die Bestimmungen über die Konventionalstrafe (ROR. Art. 160—163) genügend geschützt, und zudem würde es sich um seltene Fälle handeln, wenn eine solche Vertragsstrafe verabredet und gar eingeklagt würde, so daß wir das Fehlen einer solchen Bestimmung nicht empfinden werden.

Alle diese wahren Verpflichtungen, worunter als häufigste auch die Verpflichtung zur ärztlichen Untersuchung fällt, müssen also ihren Entstehungsgrund in einem Vertrag haben. Es bleibt uns sonach nur noch die Frage zu beantworten, wann und wie dieser Vertrag zustande kommt. Für die Beantwortung dieser Frage, die durch juristische Konstruktion der vorliegenden tatsächlichen Verhältnisse zu geschehen hat, haben wir als ersten bestimmten Anhaltspunkt zu berücksichtigen, daß diese Vereinbarung spätestens mit der Unterschrift des Antragstellers auf dem Antragsformular erfolgt.

---

[71]) *Schneider,* Kommentar, 17; *Demelius,* in Z. f. ges. V. W. IX. 136.

[72]) Außer man wollte dies tun aus den Gründen, aus welchen *Hecht* in Veröffentlichungen II, 303 bis 304, den § 160 DVVG. für überflüssig und sogar für bedauerlich erklärt. Überflüssig, weil es auf Seiten des Versprechenden an einem rechtlich anerkannten Verpflichtungsgrund fehle, da das Objekt seines Versprechens die Disposition über seinen eigenen Körper betreffe, also einen Gegenstand, welcher der persönlichen Selbstbestimmung vorbehalten und deshalb einer rechtsgültigen Verfügung im rechtsgeschäftlichen Verkehr entzogen sei. Bedauerlich sei die Aufstellung dieser überflüssigen Bestimmung aus einem moralischen Grunde, d. h. wegen des Einflusses, den eine Konventionalstrafe auf die Vertragstreue ausüben könne.

Auf einen früheren Zeitpunkt wird die Entstehung dieser Verpflichtungen verlegt von *Demelius* und von Dr. *K.* Diese beiden Autoren lassen diese vertraglichen Verpflichtungen schon durch die Abmachungen zwischen Agent und Versicherungslustigem vor Ausstellung des Antragformulars durch den Antragsteller entstehen. *Demelius* nimmt diese Verpflichtungen als Schuldanerkenntnis in das Antragsformular auf, in das pactum de assecurando, und Dr. *K.* betrachtet sie als einen Bestandteil des im Antragsformular verurkundeten, suspensiv bedingten Vertrages (Vorvertrags- oder Vertragstheorie).[73])

Nach der Antragstheorie dagegen, als deren Hauptverfechter *Joseph* betrachtet werden muß,[74]) werden diese wahren Verpflichtungen rechtskräftig erst mit der Unterzeichnung des Antragsformulars durch den Antragsteller, durch welche Unterzeichnung einesteils der Antrag gestellt wird und andernteils bezüglich der erwähnten Verpflichtungen ein Vertrag zum Abschluß gelangt.[75])

Nun haben wir gesehen, daß nur wenige, den Antrag im engeren Sinn ergänzende Erklärungen wahre Verpflichtungen sind, und ferner, daß, abgesehen von diesen wahren Verpflichtungen, im Versicherungsantrag ein wahrer Antrag vorliegt. Es geht meines Erachtens nicht an, wegen dieser wenigen verpflichtenden Erklärungen die Natur des Versicherungsantrages zu ändern, solange wir ohne eine solche Änderung eine befriedigende Lösung finden. Es geht also nicht an, wegen dieser wenigen wahren Verpflichtungen den Antrag als Vertrag (Dr. *K.*) oder als Vorvertrag (*Demelius*) aufzufassen. Dies vor allem auch deshalb nicht, weil sich der Fall denken läßt, wo keine solchen wahren Verpflichtungen vorhanden sind, wo also ein wirklicher Antrag vorliegen würde; in diesem Fall käme man zu ganz verschiedenen Resultaten betreffend die Natur des Versicherungsantrages, je nachdem solche wahren Verpflichtungen im Antrag enthalten wären oder nicht (z. B. die Lebensvolksversicherung mit und ohne ärztliche Untersuchungspflicht); im einen Fall hätte man den Versicherungsantrag als pactum de assecurando, im andern Fall als wahre Vertragsofferte zu betrachten.

Dagegen könnte man nur bezüglich dieser wahren Verpflichtungen einen Vertrag zwischen Agent und Versicherungslustigem an-

[73]) Auf einem ähnlichen Standpunkt standen auch die ersten Statuten der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in Zürich. Nach diesen Bestimmungen würden die Versicherungen abgeschlossen auf Grund der »Einleitungsverträge«, womit die Versicherungsanträge gemeint sind. Diese Einleitungsverträge wurden vom Agenten »namens der Rentenanstalt unter Vorbehalt der Genehmigung durch die Direktion« vorläufig angenommen. Konnte die Direktion dem Antrag Folge geben, so wurde unverzüglich eine Vertragsurkunde — Police — angefertigt. Siehe bei *König,* Beitrag zur geschichtlichen Entwicklung der Versicherungsbedingungen in der Schweiz, S. 6 bis 7.

[74]) Die herrschende Meinung und mit ihr *Hagen* berücksichtigen ja das Vorhandensein von wahren Verpflichtungen im Versicherungsantrag gar nicht.

[75]) In neuester Zeit äußert sich *Lehmann* in Lehrbuch des Handelsrechts, 1034, Note 2, bezüglich dieser Frage dahin, daß häufig neben dem Versicherungsantrag ein zweiter Antrag auf gewisse Leistungen, Verpflichtungen nebenher laufe, auch für den Fall der Ablehnung jenes Versicherungsantrages, z. B. gewisse Kosten zu tragen; »für diesen zweiten Antrag verzichtet der Antragsteller auf Zugehen der Annahme«.

nehmen, im Stadium der vorbereitenden Handlungen abgeschlossen, und als Schuldanerkenntnis in das Antragsformular aufgenommen, so daß in diesem Formular neben dem wahren Vertragsantrag eine Schuldanerkenntnis bestehen würde, beide gedeckt durch die nämliche Unterschrift des Antragstellers. Auf diese Weise würde der Versicherungsantrag entweder eine wahre Vertragsofferte allein oder eine solche in Verbindung mit einer Schuldanerkenntnis enthalten, je nachdem der Antrag keine solche wahren Verpflichtungen aufweisen würde oder mit solchen versehen wäre. Doch auch diese Lösung kann nicht befriedigen, denn einer solchen Konstruktion steht der tatsächliche Gang der Antragstellung entgegen. Um diese Konstruktion akzeptieren zu können, müßte jeweilen in den Vorverhandlungen zwischen Agent und Versicherungslustigem auf diese Punkte speziell hingewiesen werden; es müßten diese Verpflichtungen ausdrücklich hervorgehoben werden; es müßte der Antragsteller bei Unterzeichnung des Antragsformulars darauf aufmerksam gemacht werden, sei es durch mündliche Mitteilung des Agenten, sei es durch Hervorheben dieses Antragteiles durch die Schrift oder Unterstreichen des Passus; andernfalls würde der Schuldanerkenntnis die rechtliche Grundlage, die vertragliche Abmachung fehlen. Ein solcher spezieller Hinweis wird aber in der Regel fehlen; diese wahren Verpflichtungen im Antragsformular werden äußerlich den rechtsgeschäftlichen Erklärungen im Antrag gleichgestellt, und auch auf mündliche Weise erfolgt selten eine Hervorhebung.

Nach den vorhergehenden Untersuchungen scheint mir eine solche Konstruktion die annehmbarste Lösung zu bringen, die sich anlehnt an die Antragstheorie. Da es nicht angeht, die Natur des Versicherungsantrages wegen dieser wenigen wahren Verpflichtungen zu ändern, und da ferner mit einer Erklärung dieser Verpflichtungen durch einen Vertrag zwischen Agent und Versicherungslustigem im Stadium der vorbereitenden Handlungen, vor der Antragstellung, kein genügendes Resultat zustande kommt, weder in theoretischer noch in praktischer Hinsicht, so muß die Entstehung dieser wahren Verpflichtungen in einem späteren Moment gesucht werden. Da aber diese wahren Verpflichtungen im Antragsformular wirklich vorhanden sind, in der Einschränkung, welche die vorgängigen Untersuchungen ergeben haben, *so bleibt nichts anderes übrig, als die Entstehung derselben auf den Zeitpunkt der Unterzeichnung des Antragsformulars durch den Antragsteller zu verlegen, so daß also dem Antrag im Sinne des Zivilrechts bezüglich dieser wenigen wahren Verpflichtungen ein Vertrag nebenher läuft.* Wir stehen auf dem Boden der *Antragstheorie.* Näheres über das Verhältnis von Antrag im zivilrechtlichen Sinn und diesem Vertrag siehe in einem späteren Abschnitt; vorerst noch einiges über Willensäußerungen des Versicherers mit verpflichtender Kraft vor Vertragsabschluß.

b) Des Versicherers.

Von der Regel, daß der Antrag nur Angebote und keine Verpflichtungen enthält, können auch Abweichungen mit Hinsicht auf

Willensäußerungen des Versicherers vorkommen. Wie das Antragsformular wahre Verpflichtungen des Antragstellers enthalten kann, so kann es auch Willensäußerungen des Versicherers aufweisen, die schon im Antragsformular verpflichtende Kraft besitzen, bevor das vom Antragsteller ausgestellte und unterschriebene Schriftstück vom Versicherer angenommen worden und der Vertrag perfekt ist. Wenn sonach Verpflichtungen des Versicherers durch Unterschrift des Antragstellers auf dem Antragsformular entstehen, das der Versicherer direkt oder durch einen Agenten dem zukünftigen Versicherten zustellt, so muß, da auch hier natürlich eine Verpflichtung nur durch Vertrag, durch Angebot und Annahme entstehen kann, in diesem Antragsformular, das dem Antragsteller überreicht wird, ein bindendes Angebot des Versicherers liegen. Den Fall, wo diese bindende Absicht des Versicherers sich auf den ganzen Formularinhalt erstreckt, wo also ein bindender Prospekt vorliegt, will ich hier nur erwähnen; es wird diese Modifikation, wo der Antrag vom Versicherer ausgeht, unter den besonderen Abschlußverhältnissen erörtert werden. Diese bindende Absicht kann sich auch bloß auf bestimmte einzelne Punkte beziehen. Dieser Anschauung von der Prospektnatur des dem Versicherungslustigen überreichten Antragsformulars steht gewiß der Umstand nicht entgegen, daß der Versicherer sich in diesem Schriftstück bezüglich eines bestimmten Punktes als verpflichtet erklärt, sei es ausdrücklich oder doch mit solcher Bestimmtheit, daß ein Zweifel nicht obwalten kann. Es wird so im Prospekt, der sonst rechtlich irrelevant ist, *bezüglich dieses Punktes dem Versicherungslustigen eine Offerte gemacht, die er ablehnen, streichen kann, oder die er annimmt dadurch, daß er den Antrag im Sinne des Formulars stellt.* Es rechtfertigt sich eine solche Ausnahme von der Regel, daß der Prospekt oder das dem Versicherungslustigen überreichte Antragsformular zum Zweck der Ausfüllung und Antragstellung für den Versicherer unverbindlich sei, durch den Inhalt dieser Bestimmung. Als Beispiel einer solchen Ausnahme führe ich die Klausel an, nach der der Versicherer sich verpflichtet, das Risiko schon mit Eintreffen des Antrages zu tragen. Auf das Erfordernis der ausdrücklichen Hervorhebung dieser Punkte braucht im übrigen nicht allzu hohes Gewicht gelegt zu werden, da der Urheber des Antragtextes selbst es ist, der sich verpflichtet.

IV. Ergebnisse.

Als Resultate aus den vorhergehenden Betrachtungen ergeben sich:

1. Der Versicherungsantrag ist kein Antrag im zivilrechtlichen Sinn, sondern eine Urkunde über die verschiedenartigsten Erklärungen.

2. Das Antragsformular als Versicherungsantrag im technischen Sinn enthält neben dem Versicherungsantrag im juristischen Sinn Erklärungen des Versicherers mit bloß wegleitender Bedeutung zur Ausfüllung des Formulars und zu Reklamezwecken, ferner Erklärungen Dritter (z. B. des Vertrauensarztes oder des Agenten).

3. Der Versicherungsantrag im juristischen Sinn läßt sich scheiden in den Antrag im juristischen engeren Sinn, der sich als wahre Vertragsofferte charakterisiert und den Antrag im juristischen weiteren Sinn.

4. Zum Versicherungsantrag im juristischen weiteren Sinn gehören die den Antrag im engeren Sinn ergänzenden Willenserklärungen.

5. Solche ergänzenden Willensäußerungen sind die Willenserklärungen deklaratorischer Natur als tatsächlicher, wenn auch nicht rechtlicher Hauptbestandteil des Versicherungsantrages, die Willensäußerungen rechtsgeschäftlicher Natur und solche mit verpflichtender Kraft vor Vertragsabschluß.

6. Für einen Teil der Erklärungen im Antragsformular, die vor Vertragsabschluß verpflichtende Kraft besitzen, ist diese verpflichtende Kraft nichts anderes als die Antragsgebundenheit.

7. Daneben aber existieren im Versicherungsantrag oft wirkliche Verpflichtungen, sowohl solche, die den Antragsteller verpflichten (als hauptsächlichste sei erwähnt die Verpflichtung, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen), als auch solche, die den Versicherer vor der Annahme des Antrages verpflichten.

8. Solche wahren Verpflichtungen müssen ihre Entstehung in einem Vertrag haben, und als solcher Vertragsabschluß kann nur die Unterzeichnung des Antragsformulars durch den Antragsteller in Betracht kommen.

Es steht dieser Konstruktion jetzt nur noch der Einwand entgegen, den *Demelius* gegenüber *Joseph* erhebt,[76]) nämlich der Einwand gegen dessen Auseinanderreißen des Versicherungsantrages in einen „Antrag im zivilrechtlichen Sinn“ und in einen „nebenherlaufenden Vertrag“. *Demelius* operiert hier mit einem Beispiel, in dem er es als unzulässig erklärt, daß ein Dienstvertrag resp. Werkvertrag auseinandergerissen werden könne in einen Auftrag und einen nebenherlaufenden Vertrag bezüglich der Vergütung. Dieser Einwand ließe sich auch gegenüber unserer Auffassung erheben, wonach im Versicherungsantrag mit ärztlicher Untersuchungspflicht ein Antrag im zivilrechtlichen Sinn und ein Vertrag bezüglich der Untersuchungspflicht vorliege, beide gedeckt durch die nämliche Unterschrift. Nun sagt *Demelius* am gleichen Ort, daß man bei der Bestimmung eines Rechtsgeschäftes nicht einzelne der essentialia herausgreifen dürfe, um sie zu einem besonderen Rechtsgeschäft, welches allerdings mit den übrigen Erklärungen im Zusammenhang steht, zu verdichten, sondern daß man die Gesamtheit der essentialia negotii ungetrennt betrachten müsse, ganz gleichgültig, welche Worte für die Bezeichnung des Geschäftes gebraucht werden. Damit hat *Demelius* vollständig recht; er hat auch recht mit der Anwendung dieses Satzes auf sein gewähltes Beispiel vom Dienstvertrag. Nicht recht hat er aber mit der Anwendung dieses Grundsatzes der Untrennbarkeit der essentialia auf das Beispiel von *Joseph* (Dienst-

---

[76]) *Demelius,* in Z. f. ges. V. W. IX, 132 bis 133.

vertragsantrag, verbunden mit Vertrag betreffend Lieferung eines Gesundheitszeugnisses).[77] Nicht recht hat er auch mit der Anwendung auf den Versicherungsantrag, aus dem einfachen Grunde, weil die ärztliche Untersuchungspflicht und die dieser gleichgestellte Pflicht zur Lieferung eines amtlichen Altersausweises nicht zu den essentialia des Versicherungsantrages gehören, auch nicht des Lebensversicherungsvertrages, ebenso auch nicht die Verpflichtung zur Tragung gewisser Kosten.[78] Ganz gleich wie die Anzeigepflicht dient die ärztliche Untersuchungspflicht nicht zur Umgrenzung der Gefahr gegenüber andern, der Art nach verschiedenen Gefahren, sondern lediglich dem Versicherer zur individuellen Würdigung des konkreten feststehenden Risikos; sie stellt daher keinen notwendigen Bestandteil des inhaltlich vollständigen Versicherungsantrages dar; darauf deutet auch vor allem schon die Tatsache, daß es auch Lebensversicherungen ohne ärztliche Untersuchungspflicht gibt, die Volksversicherung ohne ärztliche Untersuchung, und ferner, daß der Versicherer auf die Erfüllung einer solchen Pflicht verzichten kann, daß der Versicherungsnehmer an seinen Antrag gebunden ist, auch wenn er seine Pflicht auf ärztliche Untersuchung nicht erfüllt. Unter den Antrag im engeren Sinn fallen die essentialia; alles, was außerhalb des Antrages im engeren Sinn, aber innerhalb des Antrages im weiteren Sinn unterzubringen ist, gehört nicht zu den essentialia, sondern nur zu den accidentalia negotii, die auf freier Vereinbarung der Parteien beruhen, nicht nur bezüglich ihrer Gestaltung, sondern auch ihrer Existenz, die dem Geschäft begrifflich nicht wesentlich sind, sondern vielmehr im Einzelfall besonders hinzugefügt werden. Auf Grund dieser Betrachtungen kommen wir dazu, zu sagen, daß beim Versicherungsantrag in keiner Weise durch eine und dieselbe Erklärung ein Antrag gestellt und zugleich eine Verpflichtung begründet wird, was *Demelius* der Antragstheorie vorwirft, sondern daß die Verpflichtung als ein für das Versicherungsgeschäft unwesentlicher, durch besondere Vereinbarung entstandener, den Antrag im engeren Sinn begleitender und ergänzender Bestandteil des Antrages im weiteren Sinn zu betrachten ist. Diese wahren Verpflichtungen nehmen dem Antrag im engeren Sinn nicht den Charakter eines zivilrechtlichen Antrages; denn wenn auch die Scheidung zwischen Antrag im engeren Sinn und den verschiedenen ergänzenden Erklärungen formell nicht streng durchgeführt ist, materiell läßt sie sich dagegen immer vornehmen. Wir müssen immer im Auge behalten, daß der Versicherungsantrag im technischen Sinn, die Antragsurkunde, die verschiedensten Bestandteile enthält; daß alle diese Bestandteile durch eine einzige Unterschrift des Antragstellers gedeckt werden, hindert uns kein Rechtssatz.

---

[77]) *Joseph,* in Z. f. ges. V. W. VIII, 690.

[78]) Zu den wesentlichen Bestandteilen des Versicherungsvertrages gehören die Gefahr, gegen deren Folgen die Versicherung genommen wird, die Leistung und die Gegenleistung (Prämie und Versicherungssumme), der Gegenstand des Vertrages (das Interesse) und meistens die Dauer der Versicherung (nach SVVG., Art. 19 und DVVG., § 9, im Zweifel 1 Jahr), siehe darüber u. a. *Ehrenberg,* 255, und *Roelli,* Kommentar, 9.

Nach den vorstehenden Erörterungen ergibt sich, daß das dem Versicherungslustigen zur Ausfüllung überreichte Antragsformular zwar sich als Prospekt charakterisiert, wie wir dies schon früher gezeigt haben; doch durch die inzwischen erfolgten Untersuchungen zeigt es sich, daß zu dieser einfachen Prospektnatur noch ein weiteres hinzutritt. Wenn wir absehen von den nur zum Antrag im technischen Sinn gehörenden Bestandteilen des Versicherungsantrages, d. h. den zur Ausfüllung des Formulars Anleitung gebenden Bemerkungen und den Erklärungen Dritter, so hat die Übergabe des Antragsformulars an den Versicherungslustigen zur Ausfüllung und diese Ausfüllung und Unterzeichnung folgende Bedeutung:

1. Es ist die Überreichung des Formulars an den Versicherungssuchenden *eine Einladung zur Stellung von Offerten,* also richtiger Prospekt.

2. Es ist aber das überreichte Formular zugleich *auch ein Vorschlag zur Stellung einer solchen Offerte.*

Nach den verschiedenen Bestandteilen des Versicherungsantrages (es kommt hier nur noch der Versicherungsantrag im juristischen Sinn in Betracht) gestaltet sich dieser Vorschlag und dessen Befolgung und die sich daraus ergebende Wirkung folgendermaßen:

a) Als tatsächlicher, wenn auch nicht rechtlicher Hauptbestandteil dieses Vorschlages ist zu nennen die Fragestellung, die dem Antragsteller die Erfüllung der Anzeigepflicht erleichtern soll und die im Antrag als Deklaration auftritt.

b) Als rechtlicher Hauptbestandteil des Vorschlages treten im Antragsformular auch die zukünftigen Vertragspunkte, sowohl diejenigen, die für den Antrag im engeren Sinn notwendig sind, die essentialia, als auch diejenigen Erklärungen rechtsgeschäftlicher Natur, die den Antrag im engeren Sinn nur ergänzen, die accidentalia. Die Vorlegung dieser Punkte erfolgt in der Regel durch die Mitteilung der allgemeinen Versicherungsbedingungen im Antragsformular. Die Vorlegung erfolgt in der Weise, daß der Versicherer nicht daran gebunden sein will, sondern so, daß er seine Entscheidung noch abhängig wissen will von der Prüfung des fertigen, vom Antragsteller ausgefüllten Antragsformulars und weiterer Erkundigungen, so, daß durch die Unterzeichnung dieser Bestimmungen durch den Antragsteller, diese erst zum Inhalt eines wahren Antrages gemacht werden. Es folgt dies aus der Prospektnatur des vom Versicherer überreichten Formulares; der Formularinhalt ist auch nicht bindend für den Versicherer, sondern der Versicherer will ihn nur als Voraussetzung eines zu stellenden Antrages erklären; es ist eben Sache des Versicherers, zu sagen, was er als Offerte betrachten will.

c) Daneben sind möglich Erklärungen des Versicherers, in denen der Versicherer sich zu einer Leistung verpflichtet mit dem Zustandekommen des Antrages. Wenn diese Erklärungen sich auch nicht ausdrücklich als Offerten charakterisieren, so dürfen wir sie doch kraft ihres Inhaltes als solche betrachten. Durch die Stellung des Antrages, die Unterschrift des Antragstellers, entsteht bezüglich dieser Punkte eine vertragliche Abmachung, so daß diese Erklärungen des



Versicherers im fertigen Antrag als wirkliche Verpflichtungen des Versicherers figurieren.

d) Ferner werden im Antragsformular, das wir als Vorschlag einer zu stellenden Versicherungsofferte zu betrachten haben, dem Antragsteller ergänzende Erklärungen vorgelegt, die den Antragsteller schon vor Vertragsabschluß, schon mit der Antragstellung, verpflichten sollen. Diese Erklärungen werden dem Versicherungssuchenden gleichzeitig mit den Erklärungen rechtsgeschäftlicher Natur vorgelegt. Dadurch, daß der zukünftige Versicherungsnehmer einen Vorschlag, der solche Erklärungen enthält, annimmt, d. h. zu seinem Antrag macht, nimmt er auch stillschweigend diese Erklärungen an und macht sie so zu vertraglichen Verpflichtungen; also durch bloße stillschweigende Annahme entstehen die wahren Verpflichtungen des Antragstellers im Antragsformular.[79]) Nach ROR. Art. 6 gilt ein Vertrag als abgeschlossen durch bloßes Stillschweigen, durch Nichtablehnen binnen angemessener Frist, wenn wegen der besonderen Natur des Geschäftes oder nach den Umständen eine ausdrückliche Annahme nicht zu erwarten ist. Nach BGB. § 151 Satz 1 kommt ein Vertrag zustande, ohne daß die Annahme dem Antragenden erklärt zu werden braucht, wenn eine solche Erklärung nach der Verkehrssitte nicht zu erwarten ist. Diese Erklärung der Entstehung der wahren Verpflichtungen des Antragstellers im Antragsformular durch die stillschweigende Annahme im Sinne von ROR. Art. 6 resp. BGB. § 151 Satz 1 kann auch Anwendung finden auf die Entstehung der wahren Verpflichtungen des Versicherers im Antragsformular. Auf die nämliche Weise erklärt sich auch die vertragliche Abrede des schriftlichen Antrages nach deutschem Recht. (Siehe oben B. II. 1. c.)

Den am Eingang dieses Abschnittes angeführten 8 Sätzen können wir als 9. Satz das nachstehende Schlußergebnis anfügen:

9. *Durch die Unterschrift des Antragsformulars, durch die der Antragsteller den Vorschlag des Versicherers zu seinem Antrag einer wahren Vertragsofferte macht, entstehen zugleich auch die Verpflichtungen des Versicherers und des Antragstellers kraft stillschweigender Annahme im Sinne von ROR. Art. 6 resp. BGB. § 151 Satz 1 wegen der besonderen Natur des Geschäftes resp. auf Grund der Verkehrssitte.*

C. Die Annahme des Versicherungsantrages.

Nach den Erörterungen über den Versicherungsantrag läßt sich leicht entscheiden, wann der Vertrag perfekt wird; denn wie jeder andere Vertrag wird auch der Versicherungsvertrag geschlossen durch Annahme eines verbindlichen und inhaltlich vollständigen Antrages. Die größte Schwierigkeit bezüglich des Vertragsabschlusses lag darin,

---

[79]) Diese Konstruktion im Sinne einer stillschweigenden Annahme hat vor der Konstruktion von *Lehmann* in Lehrbuch des Handelsrechts, S. 1034, Note 2, die einen stillschweigenden Verzicht auf eine Annahmeerklärung annimmt, den Vorzug, daß sie sich unter geltende Gesetzesbestimmungen (ROR. Art. 6, BGB. § 151 Satz 1) subsumieren läßt.



den wahren Antrag zu finden. Da wir nun gesehen haben, daß in der Regel der Versicherungsnehmer einen wirklichen Vertragsantrag stellt, so wird die Annahme durch den Versicherer erfolgen. Erste Voraussetzung für einen Vertragsabschluß ist ein richtig und verbindlich gestellter, inhaltlich vollständiger Antrag; das zweite Erfordernis ist die Annahmeerklärung der Gegenpartei. Der Versicherer muß dem Antragsteller Kenntnis davon geben, ob er mit dem Antrag einverstanden sei oder nicht; allerdings genügt zur Ablehnung, wie bei jedem gemeinrechtlichen Antrag, Stillschweigen SVVG. Art. 1 Abs. 4). Weil Schweigen als Ablehnung gilt und kein Kontrahierungszwang besteht, so kann keine Schadenersatzpflicht zugunsten des Versicherers entstehen, wenn er den Antrag nicht oder nicht rechtzeitig angenommen hat und das befürchtete Ereignis eintrifft.[80]) Die Annahmeerklärung muß in zwei Richtungen bestimmte Voraussetzungen aufweisen, damit sie einen Vertrag zustande zu bringen vermag, in inhaltlicher und in zeitlicher.

Wenn keine besondere Formvorschrift durch Parteiabrede festgesetzt ist, so ist auch keine wörtlich erklärte Annahme nötig; es genügt, wenn der Wille des Versicherers auf irgendeine Weise klar zum Ausdruck kommt, es genügt konkludente Handlung (Zusendung der Prämienrechnung, Übergabe der Police).[81]) Durch solches Aushändigen der Police wird der Antrag auch angenommen, wenn das Aushändigen durch den Agenten trotz gegenseitiger Instruktion des Versicherers erfolgt; denn nach DVVG. § 43 Ziff. 3 ist der Agent ausdrücklich zur Aushändigung der Police befugt. Ebenso nach SVVG. Art. 34, wonach der Agent dem Versicherungsnehmer gegenüber als ermächtigt gilt, alle diejenigen Handlungen vorzunehmen, welche die Verrichtungen eines solchen Agenten gewöhnlich mit sich bringen. Durch diese Aushändigung wird aber der Versicherer nicht verpflichtet, wenn Versicherungsnehmer und Agent vereinbart haben, dadurch eine Schädigung des Versicherers herbeizuführen.[82])

Inhaltlich hat die Annahmeerklärung gewissen Erfordernissen zu entsprechen, oder, wie *Roelli* sich ausdrückt, *die Annahmeerklärung muß eine gehörige sein,* d. h. es muß eine Akzeptation des Antragsinhaltes sein, sie muß so beschaffen sein und in der Meinung abgegeben sein, daß dadurch unmittelbar der Vertrag zustande kommt.

Die Annahmeerklärung muß aber auch rechtzeitig erfolgen; sie muß dem Antragsteller zukommen innert der Frist, für welche dieser an seinen Antrag gebunden ist. Über diese Frist ist das Notwendige schon gesagt worden bei Besprechung des Antrages; hier interessiert nur noch der Zeitpunkt, an welchem die Annahmeerklärung den Vertragsabschluß bewirkt. Maßgebend ist nicht schon der Moment, in dem die Annahmeerklärung ausgestellt oder dem Agenten zur Übermittlung an den Antragsteller überreicht wurde, sondern es ist nötig, daß sie beim Antragsteller eingetroffen ist (SVVG. Art. 1

[80]) *Roelli,* Kommentar, 31; anderer Meinung Seufferts Archiv 42, Nr. 247.
[81]) *Regelsberger,* Pandekten, 551; *Dernburg,* Pandekten I, 227.
[82]) *Gerhard,* Kommentar, 196, Anmerkung 9.

Abs. 4). Die mündliche Annahmeerklärung schließt den Vertrag, wenn sie vom Antragsteller vernommen worden ist oder hätte vernommen werden sollen; die schriftliche Annahmeerklärung, also auch die durch Aushändigung der Police erfolgte, schließt den Vertrag, wenn sie in die Verfügungsgewalt des Antragstellers gelangt ist (z. B. Briefkasten). Nicht nötig ist, daß er tatsächlich Kenntnis hat vom Eintreffen, wenn er nur die Möglichkeit hatte, innert der Gebundenheitsfrist von der Annahmeerklärung Kenntnis zu nehmen. Dies alles bestimmt sich nach dem gemeinen Verkehrsrecht. Ist der Agent ersichtlich durch Auftrag des Versicherungsnehmers zur Annahme der Erklärung des Versicherers befugt, so genügt für den Abschluß, daß die Annahmeerklärung beim Vertreter eintrifft.[83]) Der Zeitpunkt des Eintreffens der Annahmeerklärung, der den Vertragsabschluß bewirkt, hat noch die weitere Bedeutung, daß dadurch die Anzeigepflicht vor Vertragsabschluß ihr Ende erreicht;[84]) sie schlägt jetzt um in die Anzeigepflicht während des Vertrages.

Dieses Ergebnis, daß das Eintreffen der Annahmeerklärung für den Abschluß des Vertrages maßgebend sei, wird aber nach SOR. durch den vom Abschlußmoment zu trennenden Wirkungsbeginn des Versicherungsvertrages unter Abwesenden modifiziert. Es erfolgt dadurch eine Annäherung an die Absicht, die das Absenden der Annahmeerklärung als maßgebend betrachtet, in der Weise, daß mit Eintreffen der Annahmeerklärung die Wirkung dieses Vertrages zurückbezogen wird auf den Moment der Absendung.[85])

Von dem Grundsatz des gemeinen Rechts, daß der Moment des Eintreffens entscheidend sei, macht das DVVG. in § 10 eine Ausnahme, es genügt bei *Wohnungswechsel* des Antragstellers zwischen Antragstellung und Annahmeerklärung, wenn der Versicherer in einem eingeschriebenen Brief an die letzte, dem Versicherer bekannte Adresse des Antragstellers seine Annahme erklärt. Der Vertrag wird dann mit dem Moment perfekt, in dem die Erklärung ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde. Nach SVVG. wird in Art. 43 bestimmt, daß Mitteilungen, die der Versicherer nach Maßgabe des VVG. dem Versicherungsnehmer oder dem Anspruchsberechtigten zu machen hat, gültig an die dem Versicherer bekannte letzte Adresse erfolgen.

Widerruf der Annahmeerklärung gestaltet sich nach Maßgabe des gemeinen Rechts nach ROR. Art. 9 Abs. 2 bzw. § 130 BGB.; die Beweislast, daß rechtzeitig widerrufen ist, trifft den Versicherer (ZGB. Art. 8).

Die Annahmeerklärung kann auch *rechtzeitig abgegeben worden sein, aber trotzdem erst nach Ablauf der Gebundenheitsfrist dem Antragsteller zugekommen sein.* Ausgehend vom gemeinen Recht

---

[83]) Den Moment des Absendens der Police, der Annahmeerklärung, erklärt *Ehrenberg,* 264, für maßgebend; es hat dies aber seine Begründung in dem damaligen gemeinen Recht, dem AHGB. Art. 321.

[84]) BE. XXXI, 2, 688.

[85]) Siehe *Rossel,* Manuel du droit civil Suisse, code revisé des obligations, 35.

(ROR. Art. 5 Abs. 3) ist zu sagen, daß in einem solchen Fall der Antragsteller, wenn er nicht mehr an seinen Antrag gebunden sein will, verpflichtet ist, dem Absender der Annahmeerklärung von der Verspätung sofort Mitteilung zu machen; unterläßt er dies, so ist er zwar nicht gehalten, in den Vertrag einzutreten, aber er ist zur Leistung von Schadenersatz im Sinne von ROR. Art. 41 ff. verpflichtet. Nun stellt aber der Gesetzgeber in SVVG. Art. 1 Abs. 4 den Grundsatz auf, daß der Antragsteller frei wird, wenn die Annahmeerklärung nicht innert der Gebundenheitsfrist beim Antragsteller eingetroffen ist. Durch diese Sondervorschrift, die als solche den Vorschriften des OR. vorgeht, wird dieser Fall der gesetzlichen Gebundenheitsfrist im VVG. der Behandlung eines Antrages mit vertraglicher Annahmefrist nach OR. Art. 3 gleichgestellt. Das DVVG. dagegen läßt für den einzigen Fall, für den es die Gebundenheitsfrist kennt, für die Feuerversicherung nach § 81, die Regelung der in BGB. § 149 aufgestellten Bestimmung gelten, wonach der Antragsteller die verspätet eingetroffene Annahmeerklärung dem Anmeldenden sofort mitzuteilen hat; aber im Gegensatz zum ROR. Art. 5 Abs. 3 entsteht keine bloße Schadenersatzpflicht des Antragstellers beim Unterlassen dieser Mitteilung, sondern die vertragliche Verpflichtung (DVVG. § 81 Abs. 1 Satz 2; BGB. § 149).

Die Verzögerung der Annahmeerklärung kann aus Verschulden des Agenten erfolgt sein. Es ist hier der Agent dem Versicherungsnehmer nicht haftbar, außer er habe sich ihm gegenüber besonders für das Zustandekommen des Vertrages verpflichtet; dann tritt eventuell Schadenersatzpflicht aus Mandat ein. Diese Verpflichtung zwischen Agent und Versicherungsnehmer muß aber ausdrücklich übernommen worden sein; es liegt eine solche ausdrückliche Übernahme nicht darin, daß der Agent einfach den Antrag entgegengenommen hat. Dagegen kann die Haftbarkeit des Agenten gegenüber dem Versicherer aus Agenturvertrag in Betracht fallen. Stehen dem Versicherer gegenüber ein Versicherungsnehmer und ein Begünstigter, so hat die Annahmeerklärung an den Versicherungsnehmer zu erfolgen; Zusendung der Police an den Begünstigten bringt daher den Vertrag nicht zum Abschluß.[86])

D. Besondere Abschlußverhältnisse.

I. Überblick.

Die vorstehenden Erörterungen haben sich mit den Fällen beschäftigt, in denen der Versicherungsantrag die wahre Vertragsofferte enthält und der Vertrag durch deren Annahme seitens des Versicherers geschlossen wird; es sind dies die begrifflichen und tatsächlichen Regelfälle des Versicherungsvertragsabschlusses. Schon in diesen Erörterungen hat sich gezeigt, daß von dieser Regel Abweichungen möglich sind und zwar aus verschiedenen Gründen. Es sind einmal die Fälle, wo die Vertragsofferte vom Versicherer ausgeht; sei es auf Grund geschäftlicher Verhandlungen, sei es ohne

[86]) RG. LXIV, 146.

solche, wenn der Versicherer bindende Prospekte ausgibt. Eine weitere Ausnahme vom Normalfall bilden die Fälle, in denen der Versicherungsnehmer innerhalb eines schon bestehenden Versicherungsvertrages einen Antrag stellt, sei es, daß dieser Antrag auf Begründung eines Versicherungsverhältnisses bei einer laufenden Versicherung gerichtet ist, sei es, daß dieser Antrag eine Verlängerung oder eine Abänderung eines bestehenden Versicherungsvertrages oder aber die Wiederinkraftsetzung eines suspendierten Vertrages herbeiführen soll (SVVG. Art. 2). Zu diesen Abweichungen kommt dann noch die Erscheinung, die sich zeigt, wenn der Versicherungslustige den Vertrag mit einer Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit abschließt. Hier treten als ein Plus gegenüber dem Versicherungsvertrag mit einer Aktiengesellschaft Mitgliedschaftsrechte des Versicherungsnehmers hinzu, so daß wir es nicht nur mit einem Vertragsabschluß zu tun haben, sondern gleichzeitig noch mit einem Gesellschaftsverhältnis. Was die Anträge innerhalb eines bestehenden Versicherungsvertrages und die Verhältnisse beim Abschluß eines Vertrages mit einer Gegenseitigkeitsgesellschaft betrifft, so genügt es hier, darauf hingewiesen zu haben; es bleiben uns sonach zur näheren Behandlung noch die Abschlußverhältnisse, bei welchen die Offerte vom Versicherer ausgeht. Auch für die Behandlung dieser Modifikationen des Regelfalles dürfen wir uns kurz fassen, da wir nur die Abweichungen vom normalen Gang des Versicherungsvertragsabschlusses einer Betrachtung zu unterziehen haben, und da teilweise schon auf diese Verschiedenheiten vom Normalfall hingewiesen wurde.

II. Offerte ausgehend vom Versicherer.

1. Auf Grund geschäftlicher Verhandlungen.

Eine Ausnahme vom Normalfall, bei dem der wahre Antrag ausgeht vom Versicherungssuchenden, zeigt sich dann, wenn der Antrag des Versicherungssuchenden entweder an einem Mangel leidet, inhaltlich unvollständig war, oder wenn er nicht in bindender Absicht gestellt wurde, oder wenn zwar ein bindender und inhaltlich vollständiger Antrag des Versicherungssuchenden vorlag, dessen Annahme seitens des Versicherers aber zu spät, d. h. nach Ablauf der Gebundenheitsfrist, erfolgte. Sei es nun, daß die Annahmeerklärung des Versicherers zu spät erfolgt, sei es, daß sie zwar rechtzeitig, aber mit anderem Inhalt als die Antragserklärung des Versicherungssuchenden, erfolgt, gleichviel, ob die Antragserklärung inhaltlich vollständig oder unvollständig ist, so wird kein Vertrag geschlossen, denn es liegt seitens des Versicherungssuchenden keine gültige Offerte vor, oder aber es fehlt die notwendige Übereinstimmung der Willensäußerungen. Dagegen kann die Erklärung des Versicherers eine Offerte bilden, vorausgesetzt, daß sie selbst alle Erfordernisse einer Vertragsofferte (bindende Absicht und inhaltliche Vollständigkeit) aufweist; die bindende Absicht wird wohl kaum zu bezweifeln sein, da der Versicherer die Erklärung als Annahmeerklärung abgegeben hat. Es wird die Offerte des Versicherers also entweder den Mangel



des Antrages des Versicherungsnehmers korrigieren oder diesen Antrag abändern; solche Abänderungen des Antrages des Versicherungssuchenden durch den Versicherer erfordern eben eine besondere Zustimmungserklärung des ursprünglichen Antragstellers.[87]) *Der Antrag des Versicherungssuchenden ist in solchen Fällen als bloße vorbereitende Handlung zu betrachten, während die modifizierte Annahmeerklärung des Versicherers einen wahren Antrag auf neuer Basis darstellt.* Dieser Antrag des Versicherers wird in der Regel auf die gleiche Weise gestellt werden wie die Annahmeerklärung bei wahrem Antrag des Versicherungssuchenden, nämlich durch konkludente Handlung, durch Anbieten der Police; *die Police ist aber hier nicht Vertragsurkunde, sondern Antragsurkunde.* Ob der Antrag des Versicherungslustigen eine wahre Vertragsofferte enthalte und ob die Aushändigung der Police als Annahmeerklärung oder aber als Vertragsofferte zu werten sei, ist eine Frage, die sich nur im Einzelfall entscheiden läßt. Kommt man im konkreten Fall dazu, die Police als Vertragsofferte anzusehen, so gelten hier die gleichen Vorschriften bezüglich der Erfordernisse, wie bei jeder Vertragsofferte; namentlich ist auch hier wieder genügend objektive Bestimmbarkeit der einzelnen zukünftigen Vertragspunkte (Prämienhöhe, Gefahrklasse usw.).

Es kann vorkommen, daß der Versicherer, anstatt eine Police auszustellen und dem Versicherungssuchenden im Sinn einer wahren Vertragsofferte anzubieten, dem Versicherungsnehmer einfach mitteilt, wie er den für einen eventuellen Vertragsabschluß noch fraglichen Punkt geregelt wünsche. Dies ist der Fall, wenn der Versicherungsnehmer trotz Unklarheit bezüglich eines wesentlichen Punktes einen Antrag ausfüllt und einreicht und die Festsetzung dieses Punktes doch nicht in das Ermessen des Versicherers stellt, wenn ihm also noch die bindende Absicht fehlt. In der Erklärung des Versicherers bezüglich des noch in Frage stehenden Punktes können wir ganz gut einen wahren Antrag des Versicherers erblicken, dem der Versicherungslustige dann eventuell zustimmt. Die übrigen Bestandteile des Vertrages hat der zukünftige Versicherungsnehmer dem Versicherer gegenüber in seinem Antrag schon erklärt und zwar mit bindender Absicht, allerdings unter der stillschweigenden Suspensivbedingung, daß es bezüglich des fehlenden, wesentlichen Punktes zu einem Einverständnis komme, ohne welches eben kein Versicherungsvertrag möglich wäre, da es sich um einen wesentlichen Vertragspunkt handelt. Diese Willensübereinstimmung ist eingetreten durch Annahme der vom Versicherer gestellten Offerte bezüglich des ausstehenden Momentes.

Es sei hier bemerkt, daß *die Annahme der Police zur Perfektion des Vertrages bloß notwendig ist, wenn kein richtiger Antrag des Versicherers vorlag, wenn also die Police als Offerte des Versicherers zu werten ist.*[88])

---

[87]) BE. XXVII, 2. 464ff. (Bericht I, Nr. 40; *Curti,* Nr. 4490).

[88]) Obergericht des Kantons Zürich vom 24. August 1904, in Bl. f. Zürich. Rspr. III, 329 (Bericht I, Nr. 42) und Obergericht des Kantons Zürich vom 22. Juni 1910 (Bericht II, Nr. 11b und Nr. 16).

2. Bindender Prospekt des Versicherers.

Eine weitere Ausnahme vom Regelfall, daß der Versicherungssuchende die Vertragsofferte stellt, bildet die Erscheinung, bei der der Versicherer die Offerte in der Weise stellt, daß er seine Prospekte, die ja sonst in der Regel bloße Einladungen zu Offerten darstellen, mit bindender Kraft versieht. Im Gegensatz zum vorhergehenden Ausnahmefall gehen hier der Offerte des Versicherers keine Verhandlungen der Parteien voraus. *Es muß also durch ausdrückliche Erklärung die bindende Kraft dem Prospekt zugelegt werden.*

Eine Ausnahme hiervon macht aber die Nettokostenberechnung in der Lebensversicherung, d. h. rechnungsmäßige Aufstellung über den effektiven Prämienaufwand, die Vorausberechnung des vom Versicherungsnehmer während der ganzen Dauer der Versicherung zu machenden Prämienaufwandes vor Stellung des Versicherungsantrages durch den Versicherungssuchenden. Es muß diese Bestimmung eines wesentlichen Vertragspunktes, dieser Prospekt bezüglich einer einzelnen Vertragsbestimmung, der Leistung des Versicherungsnehmers, überall da als bindende Zusicherung behandelt werden, wo der Versicherer den Antragsteller nicht klar und deutlich darauf aufmerksam macht, daß es sich nicht um feste Berechnung, sondern um unverbindliche Schätzung handelt. Wurde die Nettokostenberechnung als unverbindlich bezeichnet, vom Versicherer aber absichtlich oder leichtfertig unrichtig vorgelegt, so ist auch hier der Versicherer nicht zu schützen.[89])

Die Erklärung der bindenden Natur des Prospektes erfolgt *außer durch ausdrückliche Erklärung*[90]) *oft in der Art, daß der Versicherer auf irgendeine Weise kundgibt, daß jeder, der eine gewisse Leistung vollzieht, versichert sei* (z. B. durch Aufstellung eines Automaten bei der Automatenversicherung, die für die Reiseunfallversicherung angewendet wird, und bei der Kuponversicherung).[91]) Diese Leistung kann auch im Abschluß eines anderen Vertrages liegen; hauptsächlich kommt dies vor in Verbindung mit Kauf, so bei der Abonnentenversicherung als Zugabe.[92])

Über die Frage, ob diese Leistung auch im *Beitritt zu einer Korporation* liegen kann, ist folgendes zu sagen. Der Fall, wo als solche Korporation die Gesamtheit der Versicherten auftritt, charakterisiert sich als Abschluß mit einer Gesellschaft auf Gegenseitigkeit. Es besteht aber noch die Möglichkeit, daß wir es mit einem Verein zu tun haben, dessen Hauptzweck nicht die Versicherung, sondern ein berufliches, gesellschaftliches oder sportliches Ziel ist (z. B. Schützenvereine); hier entsteht durch den Beitritt zum Verein zugleich ein Versicherungsverhältnis. Für unsere Frage hat aber der Fall keine Bedeutung, bei dem schon ein Versicherungsvertrag zwischen der Korporation und einem Versicherer besteht, wo also durch einen Neueintritt nur ein neues Versicherungsverhältnis innert eines schon

---

[89]) *Roelli,* Kommentar. 11 ff.; *Blattner,* in Schweiz. J. Z. VII, Heft 23.
[90]) So häufig bei der Hagelversicherung.
[91]) *Lehmann,* Lehrbuch des Handelsrechts, 1034, Note 1.
[92]) *Schneider,* Zur Frage der sogenannten Abonnentenversicherung, in Z. f. V. W. IX, 705.

bestehenden (laufenden) Versicherungsvertrages entsteht. Für uns kommt nur in Betracht derjenige Fall, bei dem durch den Vereinsbeitritt ein Versicherungsvertrag entsteht, bei dem also die betreffende Korporation ihre Einladungen zum Beitritt mit einer gleichzeitigen, wahren Versicherungsofferte versieht, und bei dem diese Korporation selbst als Versicherer auftritt. Treffen diese Voraussetzungen ein, so können wir sagen, daß durch die Beitrittserklärung der Eintretende zugleich in ein Versicherungsverhältnis mit der Korporation gelangt. Natürlich kann die Korporation die Aufnahme von ihrem Entscheid abhängig machen, so daß also ein Beitrittsgesuch vorliegt; hier geht die Offerte aus vom Beitrittssuchenden.

Im Gegensatz zu den Fällen, wo der Versicherer eine Offerte auf Grund vorhergehender Verhandlungen stellt, müssen wir in den vorliegenden Fällen die Offerte des Versicherers als eine Offerte betrachten, die sich nicht an eine bestimmte Person richtet. Wenn die Offerte des Versicherers sich als bindender Prospekt, als ein Antrag ohne vorhergegangene Verhandlungen der Parteien charakterisiert, *so hat diese Offerte die Eigentümlichkeit, daß sie sich an die Allgemeinheit richtet,* an das Publikum, eventuell an eine bestimmte Gruppe von Personen, immer aber an eine Mehrheit und niemals an eine bestimmte Person.[93]) Eine solche Offerte an eine unbestimmte Person muß nach modernem Recht als *zulässig* erachtet werden; nach ROR. muß man die Möglichkeit eines solchen Antrages ad incertam personam annehmen, da nach Art. 7 Abs. 3 ROR. die Auslage von Waren mit Angabe des Preises in der Regel als Antrag betrachtet wird. Wenn hier ein solcher Antrag vorliegen kann, so steht nichts im Weg, ihn auch für bindende Prospekte des Versicherers zu gestatten. Durch die Erfüllung der betreffenden Leistung (Geldeinwurf in den Automaten), also durch Realakzept, durch konkludente Handlung, kommt hier der Vertrag zustande, oder, wenn es sich um Versicherungsangebote in Verbindung mit einem andern Vertrag handelt (Abonnementsvertrag usw.), durch stillschweigende Annahme im Sinn von ROR. Art. 6 oder BGB. § 151 Satz 1.[94])

Eine von unserer Auffassung abweichende Erklärung des Abschlusses mit bindendem Prospekt führt *Gerhard* an.[95]) Er sagt, es könne zweifelhaft sein, ob hier ein Angebot des Versicherers an einen unbekannten Personenkreis, das von dem Versicherungsnehmer durch die vorgeschriebene Handlung angenommen wird, oder ein Vertragsangebot des Versicherungsnehmers vorliegt, bei welchem auf Erklärung der Annahme verzichtet wird. Die Möglichkeit der ersten

---

[93]) *Ehrenberg,* 254, erklärt sie als eine Willenserklärung a blanco.

[94]) *Kohler,* a. a. O. 424, findet hier eine Ähnlichkeit mit der Auslobung; doch ist zu sagen, daß bei der Auslobung notwendig sind: 1. Die Aussetzung einer Belohnung. 2. Die öffentliche Bekanntmachung. 3. Die Vornahme einer Handlung. Siehe über die Auslobung *Guggenheim,* Die Auslobung nach Art. 8 des BG. betr. Ergänzung des SZGB. (V. Teil Obligationsrecht) usw., speziell S. 33; siehe auch *Raschle,* Zur Struktur der Auslobung, Art. 8 OR. in Schweiz. J. Z. VIII, Heft 16. Bezüglich des ersten Punktes liegt aber eine Abweichung zwischen Auslobung und unserem Fall vor.

[95]) *Gerhard,* Kommentar, § 2, Anmerkung 2, S. 18.

Konstruktion verneint ein Reichsgerichtsurteil.[96]) Es muß aber stets auf den konkreten Fall abgestellt werden, da die Verhältnisse bei dem Abschluß mit bindendem Prospekt wegen der Verknüpfung des Versicherungsverhältnisses mit anderen Rechtsverhältnissen äußerst verschieden sind.

Der Abschluß des Vertrages selbst geschieht in den einen Fällen mit einer bestimmten Person, in andern aber mit einer persona incerta. So bezeichnet *Joseph* die Kupon- und Automatenversicherung als ein Kontrahieren mit einer persona incerta.[97]) Ohne auf die Frage nach der Möglichkeit und dem Wesen von Verträgen mit unbestimmten Personen näher einzutreten, möchte ich mich bezüglich der Existenzmöglichkeit solcher Verträge dahin aussprechen, daß sie zulässig sind, sobald die Person *bestimmbar* ist, wie dies bei andern wesentlichen Vertragspunkten der Fall ist.

Feuerversicherungsprämien in der amerikanischen Theorie und Praxis.

Von Professor Dr. William F. Gephart (St. Louis).

Die Frage der Feuerversicherungsprämien wird augenblicklich in den Vereinigten Staaten viel erörtert und beschäftigt die Gesetzgebung. Die Feststellung angemessener Prämiensätze ist in diesem Lande besonders schwierig, und zwar aus folgenden Gründen:

1. wegen der Verschiedenartigkeit der Elemente, aus welchen sich die Unkosten dieser Versicherung zusammensetzen;
2. wegen der Versicherungsgesetzgebung in den Vereinigten Staaten;
3. wegen der dort vorgekommenen und noch zu erwartenden großen Feuersbrünste.

Feuerversicherung bedeutet Entschädigung für den vollständigen oder teilweisen Verlust eines Objektes. Aber die Kosten dieser Entschädigung können zu der Zeit, da der Entschädigungsanspruch verkauft wird, nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden. Das heißt, wenn die Betriebskostentheorie als angemessene Basis für die Prämienfestsetzung angesehen werden soll, so ist damit noch keine Sicherheit dafür geschaffen, daß die verlangte Prämie diese Kosten wirklich decken wird, weil diese noch durch viele andere veränderliche Faktoren mitbestimmt werden.

Jede Ware, die ein Kaufmann verkauft, ist auf offenem Markt erworben, und der Verkaufspreis wird für gewöhnlich festgesetzt, indem auf den Einkaufspreis die Kosten für Fracht, Miete, Gehälter,

---

[96]) RG. VII. vom 2. Dezember 1904, in Jur. Wochenschrift 1905, 76.
[97]) *Joseph,* Kommentar zum DVVG., S. 13.



Heizung und Beleuchtung sowie ein angemessen erscheinender Gewinn aufgeschlagen werden. In der gleichen Weise kauft der Fabrikant sein Rohmaterial ein, addiert zu dem Einkaufspreis die Fabrikationskosten, den Arbeitslohn, die Abnutzungsprozente und seinen Gewinn und bestimmt so den Verkaufspreis für die fertige Ware. Jeder Spediteur weiß ungefähr, was ihm der Transport von Waren oder Menschen per Dampfer oder per Achse kostet, jeder, der irgend etwas verkauft, versucht im voraus den Preis so zu berechnen, daß ein Gewinn für ihn herausspringt. Er wird nichts hergeben, wofür er nicht diesen Preis bekommt und seinen Gewinn erzielt.

Anders liegt es bei dem Versicherungsgeschäft; eine Versicherungsgesellschaft verkauft weder Ware noch Arbeit; sie verkauft *Versprechung zukünftiger Zahlungen,* sie verkauft *Entschädigung* für einen *Verlust* infolge eines Ereignisses, dessen Eintreten noch unbestimmt ist, aber zu der Zeit, da sie die Versicherungspolice oder, um genauer zu sprechen, die Entschädigungsbürgschaft verkauft, liegt es außer ihrer Macht zu wissen, ob sie diese bestimmte Entschädigungssumme einmal in voller Höhe oder nur zum Teil wird bezahlen müssen. Angebot und Nachfrage haben nur geringen Einfluß auf den Preis, zu welchem sie diesen Entschädigungsanspruch verkauft, *denn dieser Preis wird notwendigerweise durch die Höhe der Verluste bestimmt, und diese liegen ganz außerhalb ihrer Macht.* Ihr Geschäft beruht auf Wahrscheinlichkeitsgesetzen und den bisherigen Erfahrungen.

Zweitens besteht kein einheitliches Versicherungsgesetz für die Vereinigten Staaten, sondern nach einer Entscheidung des Höchsten Gerichtshofes ist die gesetzliche Regelung der Versicherung den Einzelstaaten vorbehalten. Dies ist insofern von Einfluß auf die Prämienfestsetzung, als seitens der Staaten die Neigung besteht, als geographische Grundlage für die Prämienberechnung den betreffenden Staat anzunehmen, wodurch die Wahrscheinlichkeitsberechnung sehr erschwert wird, besonders da in Amerika große Feuersbrünste sehr häufig sind.

Drittens können diese Feuersbrünste alle Berechnungen, welche zur Zeit durchaus angemessen erschienen, über den Haufen werfen.

Im Publikum ist man sich noch sehr wenig klar über die eigentliche Natur und den Zweck der Feuerversicherung. Der Durchschnittsmensch sieht darin nicht viel anderes als in jedem anderen Kaufs- und Verkaufsgeschäft. Er glaubt, daß er auch von dieser Ware so viel oder so wenig kaufen kann, wie ihm gerade paßt. Er verwechselt sie mit der Lebensversicherung, mit der man in den letzten 10 Jahren sehr vertraut geworden ist. Davon kann er, wenn er will, soviel erwerben, wie seine Sparkraft gestattet.

Aber während die Feuerversicherung mit der Sparkraft nichts und die Lebensversicherung nichts direkt mit Entschädigung zu tun hat, ist die Feuerversicherung eine ausgesprochene Entschädigungsangelegenheit.

Will man die Theorie der Feuerversicherungsprämienberechnung auf eine einfache Formel bringen, so muß man sagen: die Prämie ist

die Resultante des Verlustes durch Brandschaden und der Verzinsung. Das letztere Element bildet für längere Zeitperioden einen ziemlich konstanten Faktor, aber das erstere Element ist ungewiß. Es ist für jedes Jahr eine unbestimmte und unbestimmbare Größe. Die Brandziffer ist starken Schwankungen unterworfen und bewegt sich in Kurven, deren höchster und tiefster Punkt innerhalb eines Jahres sehr weit auseinander liegen kann. Das bedeutet für das Totalverlustkonto eines Jahres oft eine Schwankung bis zu 20 Prozent. Die Verlustraten bei bestimmten Warengattungen oder innerhalb einer gewissen Zone ist oft noch höher. Und doch müssen die Prämien für kommende Jahre festgesetzt werden, da die Feuerversicherung einen Entschädigungsanspruch verkauft, der gleichfalls im Lauf der kommenden Jahre fällig wird. Die einzig praktische Methode für die Prämienberechnung besteht deshalb in einer Analyse der verschiedenen Gefahrenquellen, aus welchen Feuersverluste entstehen. Die bisherigen Erfahrungen liefern dabei einen großen Teil der Basis für diese Analyse. Die richtige Festsetzung der Feuerprämien besteht darin, daß man berechnet, in welchem Verhältnis jedes einzelne Risiko zu den übrigen steht; und während das Verhältnis derselben untereinander von Jahr zu Jahr wechselt, sollte doch ihre Stellung zum Gesamtrisiko nach Möglichkeit bestimmt werden.

Der bekannte Lehrsatz für Preisfestsetzung lautet: der Preis einer Ware soll sämtliche Produktionskosten decken.

Da die Versicherungskosten in den Produktionskosten einer Ware mit einbegriffen sind, so wird von vielen angenommen, daß die Klassifizierung nach Industrien die einzig richtige Methode zur Festsetzung der Versicherungskosten darstellt. Es gibt aber noch einen anderen Gesichtspunkt bei der Klassifizierung, nämlich: daß diese nur für einen bestimmten Staat Gültigkeit hat. Wenn die erste Methode dahin zu verstehen ist, daß eine bestimmte Warengattung, z. B. Drogenlager, was die Berechnung der Prämienhöhe betrifft, in dieselbe Klasse gehören, so kann diese Ansicht weder theoretisch noch praktisch aufrechterhalten werden. Man darf als wahr und wünschenswert annehmen, daß im Verkaufspreis eines Artikels sämtliche Produktionskosten enthalten sein müssen, aber der Anteil des Versicherungselements an diesen Kosten kann noch genauer bestimmt werden. Was berechnet werden muß, ist, inwieweit die *Quantität* der *Gefahr* bei den verschiedenen Risiken sich gleich ist oder nahekommt. Da die Feuergefährlichkeit nicht eine einheitliche Eigenschaft des Versicherungsobjektes ist, sondern sich zusammensetzt aus dem Charakter des Baumaterials, der Art seiner Benutzung, der Art der Umgebung, so folgt daraus, daß man nicht sagen kann, alle Drogenlager oder alle Schnittwarenlager gehörten nun *einer* bestimmten Gefahrenklasse an. Ein Fachwerkbau, in dem Drogen lagern, kann, wenn es abseits und für sich liegt, unter Umständen nicht feuergefährlicher sein als ein Ziegelbau mit demselben Warenlager in einer dicht bebauten Gegend; oder es kann auch unter Umständen ein Stahlwarenlager in bezug auf Feuersgefahr einem Schnittwarenlager gleichkommen.

Wenn die Gefahr bei zwei Risiken einer bestimmten Klasse, wie z. B. Drogen, ungefähr gleich ist, so ist dies nur Zufall. Es ist ebensogut möglich, daß der Gefahrenunterschied bei zwei solchen Risiken größer ist als zwischen den Risiken dieser und einer anderen Klasse. Man sollte deshalb bei der Analyse von den Elementen der Gefahr ausgehen und nicht von der Risikoklasse. Damit würde man auch durchaus nicht gegen den Grundsatz verstoßen, daß jedes Produkt die Produktionskosten decken muß. Im Gegenteil werden auf diese Art die Gesamtkosten am schnellsten und sichersten bestimmt. Nicht das unwichtigste Resultat einer solchen Methode der Berechnung von Versicherungskosten wird auch sein, daß sie die in den Vereinigten Staaten sehr hohen Verluste durch Feuer reduzieren wird. Die Summe der Gefahr, die somit für jedes Risiko berechnet wird, setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen. Jeder Faktor in der Bauweise ist entweder gefahrerhöhend oder -verringernd, und jeder Bauherr weiß, wie er die Prämie durch bauliche Veränderungen verringern kann. Außerdem gewährt die Methode eine *zeitliche* Basis für die Klassifizierung. Die Aufsichtsbehörden für Versicherungen haben dadurch eine Grundlage, auf welcher sie die Gerechtigkeit der Prämienberechnung abschätzen können.

Gleiche Gefahrenklassen sollten gleiche Prämien zahlen; ob aber solche Gleichheit vorliegt, läßt sich nicht aus einer Klassifizierung nur nach der Art des Produktes feststellen. Verwirrend wirkt in dieser Beziehung oft der unberechtigte Vergleich von Feuer- und Lebensversicherungsprämien. Die Hauptelemente der Risikoberechnung bei der Lebensversicherung sind die Mortalitätsziffern und der Verzinsungsfaktor. Die Mortalitätsziffer entspricht, soweit man solchen Vergleich überhaupt ziehen kann, der Brandziffer bei der Feuerversicherung. Aber die Homogenität ist bei versicherten Leben viel größer als bei den gegen Feuerschaden versicherten Objekten. Bei der Lebensversicherung hat von den Ärzten eine Auslese von „Normalleben" stattgefunden, und während diese Leben einer gewissen Klassifizierung nach Geschlecht und Alter unterliegen und die Erfahrung bei jeder Versicherungsgruppe gewisse Abweichungen von der Norm zeigt, so ist doch bei einer solchen Auswahl von Normalleben eine gewisse Homogenität von vornherein gesichert. Bei der Feuerversicherung gibt es alle Arten von Objekten, die nicht nur in der Bauweise, sondern auch in bezug auf die Art der Benutzung und die Feuerschutzvorkehrungen variieren. Heterogenität und nicht Homogenität ist das Charakteristikum des Feuerversicherungsrisikos.

Das Grundprinzip für eine gesunde und angemessene Prämienberechnung ist also die Zerlegung der Gefahr in ihre verschiedenen Bestandteile. Man kann dann einen festen Bestandteil für jeden Teil und eine Skala für die Abweichungen von diesem schaffen. So entsteht ein Prämientarif, bei dem die Höhe der Prämie durch ein plus und minus verschiedener Elemente bestimmt wird; und eine gesunde Klassifizierungsbasis ist gefunden. Es soll nicht geleugnet werden, daß auch diese Methode noch nicht vollkommen ist. Auch bei diesem

Tarifsystem bleibt ein unbekannter Rest, ein nicht vorher zu bestimmendes Gefahren-Element, die „Restgefahr". Aber dies ist kein wesentliches Hindernis. Die Methode ist jedenfalls der rohen Methode weit überlegen, deren Berechnungen sich auf die Erfahrungen früherer Jahre oder bestimmter Zeitperioden stützten, wie sie von den Versicherungsbeamten für das ganze Land oder einen bestimmten Bezirk festgestellt wurden. Ferner muß in Betracht gezogen werden, daß das Publikum eine solche genaue Rechnungslegung über die Produktionskosten bei anderen Waren oder Leistungen als Rechtfertigung des Verkaufspreises weder verlangt noch verlangen kann. Erst ganz vor kurzem hat man zum ersten Male an die Eisenbahnen das Ansinnen gestellt, ihre Preise in dieser Weise zu begründen. Warum sollte man von den Feuerversicherungsgesellschaften noch exaktere Berechnungen verlangen, da sie doch für diese soviel schwieriger herzustellen sind?

Angenommen, daß eine solche Theorie der Prämienberechnung praktisch durchgeführt würde, so ist damit das Problem doch noch nicht gelöst, weil dabei nicht in Betracht gezogen ist, wie groß der geographische Bezirk sein soll, auf dem die Untersuchung basiert. Rein theoretisch müßte eine Untersuchung der Feuergefahr in einem Staat oder einem politisch abgegrenzten Gebiet die genauen Kosten für Schutz gegen Feuerschaden ergeben, aber nicht für eine Feuer*versicherung*. Eine Versicherung verlangt nicht nur die Berechnung des Risikos, sondern auch der Risiko*verteilung*. Das Verteilungsgebiet muß groß genug sein, um die Kostenlast für jeden Teilnehmer geringer zu machen, als sie für ihn als einzelnen sein würde. Das einzelne Risiko oder selbst eine beschränkte Anzahl solcher zu einer Klasse vereinigt, ist ein Risiko ohne Versicherung.

Jeder, der eine Police erwirbt, sollte an den Vorteilen dieser Verteilung partizipieren, und die Seltenheit oder Größe seines Risikos sollte diesen Vorteil einer Verteilung auf breiter Basis nicht beeinträchtigen. Die Prämie, welche ein bestimmter Versicherter zahlen muß, mag zehnmal so hoch sein als die Durchschnittsprämie seines Landes oder selbst seiner Versicherungsklasse, dennoch ist sie niedriger, weil es zu einer Gruppe gehört, deren Prämien auf Grund einer breiten Verteilungsbasis berechnet sind.

Wenn ein Staat darauf bestehen sollte, wozu er gesetzlich das Recht hat, daß die Prämien auf Grund der wirklichen, innerhalb seines Gebiets gemachten Erfahrungen berechnet werden, so müßte er sich klar machen, daß dies sehr schwere und, solange es noch soviel große Feuersbrünste gibt, unmögliche Lasten bedeutet. Er könnte nicht etwa verlangen, in für sein Gebiet günstigen Zeiten von den niedrigen Prämiensätzen zu profitieren und, wenn schwere Verluste eintreten, die Sätze auf nationaler Basis umzuändern. Wenn ein Staat so selbstsüchtig wäre, bei Feststellung seines Prämientarifs die Verluste des ganzen Landes nicht in Betracht zu ziehen, so wäre er moralisch nicht berechtigt, bei schweren Verlusten innerhalb seiner Grenzen eine Beihilfe zu erwarten oder nach solchen sämtliche Prämien zu erhöhen. Es ist wenig Grund, in dieser Hinsicht einer Ge-

meinsamkeit der Interessen der Einzelstaaten im Gegensatz zum Interesse der ganzen Nation das Wort zu reden. Es folgt daraus aber nicht, daß ein Staat, welcher durch sorgfältige Beobachtung aller Feuerschäden, gute Bauvorschriften, Feuerschutzvorrichtungen, Feuerwehr und andere Vorkehrungen zur Verringerung der Feuerschäden unter der Nachlässigkeit anderer Staaten leiden soll. Das System, die Summe der Gefahren nach Kredit- und Debet-Punkten zu berechnen, widerlegt diesen Einwand.

Die Gesamtsumme der gezahlten Prämien bildet einen Fonds, aus welchem sämtliche Verluste und Unkosten getragen werden, der Rest ist Überschuß. Manche Jahre bringen einen Unternehmergewinn, manche einen Verlust. In jedem Jahr gibt es einige Gesellschaften, deren Überschuß den Durchschnitt übersteigt, und andere, welche gar keinen erzielten. Kein einziges Jahr und keine einzige Gesellschaft liefert eine Basis, auf welcher man die Gewinnchancen der Feuerversicherung oder die dem nächsten Jahr angepaßte Prämie berechnen könnte. Der Gewinn daraus, daß für Brandschäden weniger, als angenommen worden war, zu zahlen gewesen ist, war in den letzten Jahrzehnten verschwindend gering. Ob die Ausgaben zu hoch sind oder die Forderungen gerecht, sind ganz verschiedene Fragen.

Feuerbrünste, die in den meisten europäischen Ländern selten oder gar nicht vorkommen, sprechen bei der Prämienberechnung in Amerika in sehr beunruhigender Weise mit. Kein anderer Faktor spricht so stark gegen die praktische Durchführbarkeit einer Berechnung auf Grund der Erfahrungen in einem Einzelstaat, ganz abgesehen von den theoretischen Bedenken. Der Hinweis auf die Methoden europäischer Städte oder politischer Bezirke, wie er von ununterrichteter Seite häufig erfolgt, besagt nichts für die Vereinigten Staaten. Es ist sicher wahr, daß die Beamten der Gesellschaften Verluste aus Feuersbrünsten nach einer sehr rohen Methode verteilt haben, aber immerhin, sie haben ihn verteilt. Es ist sehr fraglich, ob die Staaten für diese Verluste aufkommen werden, sei es nun, daß sie die Prämien festsetzen oder nur beaufsichtigen. Die Bürger desselben Staates, in welchem die Feuersbrunst vorkam, mögen bereit sein, die Gerechtigkeit und Notwendigkeit einer Verteilung des Verlustes einzusehen, aber die jüngst erfolgte kritische Betrachtung der Prämienverhältnisse wurde angeregt durch die Verteilung der schweren Verluste bei den großen Feuersbrünsten von San Francisco und Baltimore.

Dies sind einige der wichtigsten Gesichtspunkte für die Theorie der Prämienfestsetzung. Es bleiben die wichtigsten charakteristischen Punkte in der *Prämienpraxis* noch zu betrachten, wie sie in den gesetzgeberischen Bestimmungen der amerikanischen Staaten zum Ausdruck kommen. Drei Gesetze sind in einer Reihe von Staaten in Kraft, aus denen man ersehen kann, was, abgesehen von theoretischen Forderungen, nach Ansicht des Gesetzgebers die Prämien in der Praxis sein sollten: *die Gesetze über taxierte Policen, über Selbstbeteiligung der Versicherten und die Antikartellgesetze.*

Die *Gesetze über taxierte Policen* bestimmen, daß der Wert des Objekts, wie er in der Police angegeben ist, als wahre Basis des Abkommens gelten soll. Das heißt: die Gesellschaft muß die Summe zahlen, welche in der Police angegeben ist. Dies erscheint zunächst durchaus richtig, da bei einem Vertragsverhältnis zwischen zwei Parteien über das Objekt, um welches es sich handelt, kein Zweifel herrschen darf. Aber ein Feuerversicherungsvertrag ist doch nur ein Schadenersatzvertrag. Der Wert von Grundeigentum wechselt fortwährend, und es ist nicht immer leicht für die Versicherungsgesellschaft, den Originalwert des Besitztums festzustellen, ganz abgesehen von den Wertschwankungen. Dieses festzustellen, würde große Kosten für Inspektion verursachen, und deshalb muß der Versicherer bei Abschluß des Vertrages von dem Versicherten absolute Ehrlichkeit erwarten. Ferner ist ein fundamentaler Grundsatz bei jeder Versicherung, daß dieselbe so eingerichtet sein soll, daß der Versicherte keinen Vermögensvorteil daraus zieht. Daher kommt es, daß dort, wo obiges Gesetz in Kraft ist, die Versuchung besteht, das Objekt zu hoch einzuschätzen und in der Absicht der Bereicherung fahrlässig einen Schaden herbeizuführen. Es fehlt nicht an Beweisen, daß jedes Jahr eine Anzahl aus diesem Grunde erfolgter vorsätzlicher Brandstiftungen bringt, und in Zeiten wirtschaftlichen Niederganges sind diese besonders häufig.

Die Versicherungsprämie gleicht in dieser Hinsicht einer Steuer. Wenn die Steuerhöhe nach dem wahren Wert des Objektes oder einem bestimmten Prozentsatz desselben festgesetzt ist, so ist es für die gleichmäßige Verteilung der Zahlung notwendig, daß jeder Versicherte sich daran hält. Wenn jemand dies nicht tut, müssen die übrigen um so höher besteuert werden, da eine bestimmte Summe eingehen *muß*. Ebenso wenn ein einzelner 1000 Dollars sich mehr auszahlen läßt, als sein Schaden beträgt, so müssen die Prämien der übrigen diese Summe decken.

Feuerversicherung ist keine Ware wie Weizen, die in jeder Quantität von jedem Käufer gekauft werden kann, ohne daß andere Käufer darunter leiden. Kein öffentliches Interesse wird verletzt, wenn jemand 10 Zentner Weizen kauft, der nur 5 nötig hat, aber derselbe Mann kann nicht eine Feuerversicherungs-Police über 1000 Dollars erwerben, wo 500 Dollars angemessen wären, ohne alle anderen Policeninhaber zu schädigen.

Das *Selbstbeteiligungsgesetz* verbietet, daß die Versicherungspolice eine Klausel enthält, nach welcher die Versicherung auch gültig sein soll, wenn das Objekt unter einem gewissen Prozentsatz seines Wertes versichert ist. Es ist genau so wichtig, daß ein Objekt nicht zu niedrig versichert ist, als nicht zu hoch.

Das Verhältnis zwischen Versicherungshöhe und Wert des Objektes muß irgendwie fixiert werden. Wie dies geschieht, ist ziemlich unwesentlich. Manchmal kann die erstere nur 20% der letzteren betragen, manchmal sind 80% angemessen.

Dies Gesetz bedeutet eine starke Belastung der kleinen Besitzer und Begünstigung der großen. Der Inhaber eines Ladens, eines



kleinen Warenlagers oder einer Farm ist im eigenen Interesse gezwungen, seinen Besitz möglichst zum wirklichen Wert zu versichern, da sein Verlust ihn völlig ruiniert. Die Inhaber großer und verschiedenartiger Betriebe, Kaufhäuser oder anderer Objekte, welche in verschiedenen feuerfesten Gebäuden untergebracht sind, hat keine Veranlassung in der gleichen Weise zu verfahren. Seine Verluste werden höchstwahrscheinlich immer nur Teilverluste sein, und eine kleine Versicherungssumme bedeutet ihm schon einen ausreichenden Ersatz. In letzterem Fall mag eine Versicherung auf 30 % des Wertes einer solchen auf 80 % im ersten Fall entsprechen. Es ist aber wünschenswert, daß die Versicherungen überall prozentual in gleicher Höhe erfolgen, weil sich sonst sehr leicht Nachteile verschiedenster Art ergeben.

Das dritte Gesetz, welches den Unterschied zwischen Theorie und Praxis der Versicherungsprämien illustriert, ist das *Antikartellgesetz.* Es kehrt sehr häufig in der neueren amerikanischen Versicherungsgesetzgebung wieder. Das Gesetz verbietet in Kürze den verschiedenen Gesellschaften ein Abkommen über ihre Prämien zu treffen. In dieser Maßregel drückt sich die Überzeugung aus, der so viele Leute huldigen, daß Konkurrenz immer wünschenswert ist. Die Gesetzgeber nehmen an, daß jede Übereinstimmung in Preisen oder Prämien schon ein Monopol bedeutet. Sie sehen nicht ein, daß die Gesellschaften auf den Hauptfaktor ihrer allgemeinen Unkosten, auf die Brandziffer ohne Einfluß sind. Noch zwei andere Faktoren spielen bei den Buchungen der Gesellschaften eine große Rolle, nämlich erstens das Ausgabenkonto und zweitens die Verzinsung der Anlagen. Die Ausgaben hat die Gesellschaft einigermaßen in der Hand, aber auf die Verzinsung der Anlagen hat sie nur wenig Einfluß. Der Zinsfuß hängt nicht von ihr ab.

So sind von den drei Hauptfaktoren zwei den speziellen Einflüssen der Gesellschaft ziemlich entrückt. Trotzdem suchte man die freie Konkurrenz noch zu fördern, indem man die Gesellschaften hinderte, bei Berechnung der Gefahren gemeinsam vorzugehen und sich auf eine gemeinsame Basis zu einigen. So hat man das leichtsinnige Vorgehen einiger Gesellschaften noch gefördert. Prämienkriege waren die Folge, große Schwankungen der Prämien häufig. Zweifellos haben viele Versicherte von den niedrigen Prämiensätzen profitiert. Aber anderseits war wieder der Großbesitzer im Vorteil, der die Prämien noch besser drücken konnte, wodurch die Anti-Trust-Gesetze einmal wieder unterbunden wurden.

Die Beweise, daß sich in der Feuerversicherung keine Monopole gebildet haben, sind unwiderleglich. In den Staaten oder Ländern, welche das letztgenannte Gesetz nicht kennen, ist von Monopolbildung nichts zu merken. Es bilden sich stets neue Gesellschaften. Augenblicklich besteht das größte Bedürfnis danach, die Gesellschaften zu einer Übereinkunft über die Prämienfrage zu veranlassen und das Festhalten an Tarifen, welche auf Grund früherer Erfahrungen und der Gefahrenberechnung geschaffen sind, zu erzwingen. Das würde nicht

bedeuten, daß die Prämie unveränderlich bliebe. Jede Gesellschaft hätte dann auch Veranlassung, ihre Ausgaben nach Möglichkeit einzuschränken und ihre Leistungsfähigkeit in jeder nur möglichen Weise zu erhöhen.

Kontrolle der Prämieneinnahme.

Von J. P. Hjorth, Mathematiker bei der dänischen Lebensversicherungsgesellschaft Carentia (Kopenhagen).

In seiner Abhandlung über die „Revision und Kontrolle im Versicherungswesen" (Band XIII dieser Zeitschrift, Seite 16) bringt Dozent *Josef Koburger* die Einführung einer besonderen Revisionsinstanz in Vorschlag, deren Aufgabe darin bestehen soll, alles, soweit nur irgend möglich, zu revidieren, insbesondere das Rechnungs- und Buchungswesen.[1])

Der Verfasser, der in seinen Ausführungen sich nur mit dem allgemeinen Prinzip beschäftigt und auf die Frage der Einzelheiten nicht eingeht, ist augenscheinlich der Meinung, daß diese Revision Punkt für Punkt allen Notierungen durch dieselben Bücher, die in der gewöhnlichen Buchhaltung angewandt werden, folgen soll. So schreibt er Seite 21:

„Die Revisionsstelle hat sich davon zu überzeugen, daß die Übertragungen aus den einzelnen Grundbüchern auf die verschiedenen Konten richtig vorgenommen werden, und sie ist verpflichtet, jeden Posten von seinem Ursprung an durch alle Bücher zu verfolgen und zu prüfen."

Namentlich das letztgenannte Verfahren ist meiner Meinung nach unbedingt unrichtig. Eine Revision, die durch Kollationieren und Anhaken der einmal geschriebenen Zahlen erfolgt, ist nicht empfehlenswert, denn der Revisor wird auch bei größter Sachkenntnis und peinlicher Sorgfalt nicht vermeiden können, Fehler zu übersehen, weil es schwerer fällt, einen Fehler, der sich eingeschlichen hat, zu entdecken, als das Begehen desselben Fehlers zu vermeiden.

Im Gegenteil muß man die Revisionsbuchhaltung so einrichten, daß sie sich von der gewöhnlichen Buchhaltung so viel als irgend möglich unterscheidet. Die Kontrolle sollte in einer Abstimmung der Schlußsummen (jährlich, monatlich oder wöchentlich) bestehen. Wenn die Revision nicht alle Zahlen in ihre Bücher eintragen muß, sondern sich mit einer summarischen Buchführung begnügen kann, würde sich eine bedeutende Arbeitsersparnis erzielen lassen. Wie summarisch man diese Buchführung einrichten kann, ist selbstverständlich von den speziellen Verhältnissen der Gesellschaft und von der Gruppierung der Posten abhängig. Ich werde die Sache deutlicher durch ein Beispiel erklären.

---

[1]) Vgl. auch die inzwischen erschienene Schrift *Koburgers*, „Versicherungsbuchführung". Berlin. Mittler & Sohn 1914. Seite 121 ff. Die Schriftleitung.

Über die Prämieneinnahme muß in der gewöhnlichen Buchhaltung sehr spezifiziert Buch geführt werden; die Einziehung zu rechter Zeit und am rechten Ort erfordert die Einrichtung eines besonderen Kontos für jede einzelne Versicherung und nicht nur dieses, sondern auch jede einzelne Prämie muß zweimal gebucht werden, einmal auf das Konto des Versicherten und einmal als Einnahme der Gesellschaft. Zur Kontrolle der Prämieneinnahme ist eine so detaillierte Buchführung nicht notwendig. Für die Kontrolle ist es gleichgültig, welcher bestimmte Versicherte die bestimmte Prämie bezahlt, Name und Adresse desselben sind ganz ohne Bedeutung. Es kommt nur darauf an, daß so viel Prämien gezahlt sind, wie gemäß den laufenden Versicherungen in der betreffenden Rechnungsperiode fällig wurden. Man braucht folglich nicht einmal die einzelnen fälligen Prämienbeträge in der Revisionsstelle zu notieren, wenn man nur auf irgendeine Weise die Summen sämtlicher fälligen Prämienbeträge feststellen und diesen Betrag mit der Hauptbuchhaltung abstimmen kann; und diese Kontrolle ist unbedingt viel besser als eine Kontrolle, wodurch jede einzelne Prämienquittung geprüft und ihr Lauf durch die Bücher verfolgt wird. Wenn die Höhe der Prämieneinnahme auf zweierlei Weise errechnet wird, ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, daß sich beide Male derselbe Fehler einschleichen sollte.

Wie eine solche Kontrolle sich nach einer einfachen Methode durchführen läßt, kann ich durch eine Darstellung des Kontrollsystems, das von den meisten dänischen Lebensversicherungsgesellschaften angewandt wird, nachweisen. Dieses System ist jedenfalls in Dänemark zuerst von dem verstorbenen Professor Dr. phil. *Thiele* bei der Gesellschaft Hafnia angewandt worden; im Druck ist darüber meines Wissens noch nichts erschienen.

Die Kontrolle wird im allgemeinen vom Mathematiker der Gesellschaft geleitet. Das dänische Lebensversicherungsgesetz räumt diesem eine gewisse Sonderstellung ein, die ihn von der Direktion der Gesellschaft unabhängig macht. Dies läßt ihn zum Vorsteher einer solchen Revisionsstelle besonders geeignet erscheinen, doch muß er natürlich die Buchführung der Gesellschaft gründlichst verstehen und kennen, damit Versehen bei Berechnung der Prämienreserven unmöglich sind.

Das System kontrolliert nicht unmittelbar den Prämienbetrag, der für einen bestimmten Termin in die Kasse eingezahlt ist, wohl aber, daß für jeden Termin ein Betrag, welcher der Summe der Prämien entspricht, die am genannten Termin für die in Kraft befindlichen Versicherungen fällig sind, als Prämieneinnahme (zugunsten eines bestimmten Kontos) aufgeführt wird. Dadurch ist dann auch der Prämienbetrag, der in die Kasse eingezahlt wird, kontrolliert, indem man auf andere Weise, die ich hier übergehen muß, kontrolliert, daß nicht bezahlte Quittungen für einen Betrag gleich dem Unterschied zwischen dem Saldo des oben genannten Kontos und den tatsächlich bezahlten Prämien, unter Berücksichtigung des Zustandes beim vorangegangenen Termin vorliegen.

Bei der Verwendung dieses Systems ist es folglich notwendig, daß die gewöhnliche Buchhaltung spätestens am Verfalltag der Prämie eine Quittung für diese ausschreibt. Man kann nicht das Ausschreiben der Quittung bis zur Bezahlung der vorhergehenden aufschieben, wie einige Gesellschaften zu tun pflegen. Solange eine Versicherung in Kraft ist, d. h. solange sie nicht in den Büchern der Gesellschaft storniert ist, muß man die Prämienquittung ausschreiben, jedesmal wenn eine Prämie fällig ist, oder jedenfalls den Betrag auf dem Prämienkonto in Einnahme stellen.

Für ihre Kontrolle braucht die Revisionsstelle nur zwei Bücher, ein Zugangs-Kontrollbuch und ein Abgangs-Kontrollbuch. Das Schema für diese Bücher ist auf der folgenden Seite dargestellt und die Verwendung ist die folgende:

Unter „Zugang“ (Schema I) werden unmittelbar auf Grund der ausgestellten Police, ehe diese dem Versicherten zugesandt wird, alle Zahlengrößen der Police in dafür bestimmte Rubriken eingetragen, während der Name des Versicherten und ähnliches die Kontrolle nichts angehen. Die Versicherungen werden nach der Nummernfolge der Policen eingeschrieben, wodurch man verhindert, daß eine Police der Kontrolle entschlüpft.

Das Buch enthält auf der linken Seite verschiedene Kolonnen für die Versicherungssumme, und zwar je eine Kolonne für jede Versicherungsform; diese wird teils für statistische Zwecke, teils zur Kontrolle des Bestandes bei der Berechnung der Prämienreserve verwendet. Diese Seite des Buches ist nicht in dem Schema dargestellt, weil sie nicht die Prämienkontrolle betrifft. In der Mitte des Buches folgt dann die Nummer der Police und danach die Kolonnen für die Prämienkontrolle. Erstens das Datum des Anfangs der Versicherung, danach eine Kolonne mit der Überschrift „Termin“, in welcher eine Zahl (1, 2, 4) angibt, wie oft die Prämie jedes Jahr zahlbar ist. Es folgen nun zwölf Kolonnen, bestimmt für den Prämienbetrag und überschrieben mit den Namen der zwölf Monate; diese Rubriken werden so ausgefüllt, daß die Ratenprämie in die Kolonnen für die Monate, in denen die Prämie fällig ist, eingetragen wird. Danach folgt eine Kolonne, die den jährlichen Prämienbetrag enthält; der Betrag, der in dieser Kolonne eingetragen ist, ist gleich der Summe der Beträge, die in den zwölf Kolonnen mit den Namen der Monate aufgeführt sind. Schließlich folgt eine Kolonne mit der Überschrift „Einmalige Prämie“, deren Gebrauch später erklärt werden wird, und Kolonnen, in die der Verfalltag der letzten Prämie und das Datum der eventuellen Stornierung der Versicherung eingetragen wird.

Nun ist es verständlich, daß eine einfache Addition einer der monatlichen Kolonnen zu jeder Zeit den ganzen Prämienbetrag ergibt, der in diesem Monat für alle bis zu dem betreffenden Tage ausgestellten Versicherungen fällig ist.

Unter „Abgang“ (Schema II), mit im wesentlichen denselben Kolonnen, wie sie das Zugangs-Kontrollbuch enthält, wird jede Versicherung, die storniert wird, auf dieselbe Weise eingetragen und mit

Zugangskontrollbuch. Schema 1.

Police Nr.	Ausgestellt	Termin	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli
249		814	107.30 6	3 249.80 127	0.00 0	330.10 17	5 320.40 219	440.70 21	107.30 6
11 617	1912 11. 12.	4		16.70			16.70		
11 618	1912 11. 15.	2	30.00						30 00
11 619	1912 11. 15.	4		40.00			40.00		
3779/11 620	1909 10. 15. 1912 4. 15.	4	15.20			† 15.20			† 15.20
11 621	1912 11. 15.	0							
ad. 8 762	1912 11. 23.	—							
254	Nov. 1912	828	152.50 8	3 306.50 129	0.00 0	345.30 18 † 15.20	5 377.10 221	440.70 21	152.50 8 † 15.20
3 220	Jan.-Okt. 1912	6647	10 679.40 426	12 672.40 530	19 644.60 876	14 274.00 589	20 384.90 749	12 374.40 377	16 249.20 417
3 474	Jan.-Nov. 1912	7475	10 831.90 434	15 978.90 659	19 644.60 876	14 619.30 607	25 762.00 970	12 815.10 398	16 401.70 425

Abgangskontrollbuch. Schema 2.

Police Nr.	Letzte bez. Prämie	Termin	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli
106		188	317.40 15 † 276.20	276.80 10 † 139.80	439.40 17 † 286.20	188.20 9 † 172.40	739 30 39 † 426 20	522.10 22 † 326.80	270.10 9 † 179.00
9776	1912 2. 15.	4		16.20			† 16.20		
8624	1910 10. 1.	1							
7629	1911 11. 5.	2				22.40			
109	Nov. 1912	195	317.40 15 † 276.20	293.00 11 † 139.80	439.40 17 † 286.20	210.60 10 † 172.40	755.50 40 † 442.40	522.10 22 † 326.80	270.10 9 † 179 00
	Jan.-Okt. 1912	1325	1 679.20 70	2 349.60 76	3 687.40 147	6 379.80 270	2 189 40 107	1 776.20 79	2 348.20 108
	Jan.-Nov. 1912	1520	1 996.60 85	2 642.60 87	4 126.80 164	6 590.40 280	2.944.90 147	2 298.30 101	2 618.30 117

genau denselben Zahlen wie im Zugangs-Kontrollbuche. Die Addition einer der mit dem Namen eines Monats überschriebenen Kolonnen ergibt daher zu jeder Zeit den ganzen Prämienbetrag, der in diesem Monat für alle bis dahin stornierten Policen fällig ist. Eine einfache Subtraktion der Zahlen der zwei Bücher gibt folglich die Prämien für den in Kraft befindlichen Versicherungsbestand, und ein solcher Abschluß wird am Schluß jedes Monats gemacht. So erhält man die Summe der Folgeprämien für jeden Monat.

Danach hat man nur die Summe der Prämien, die nicht Folgeprämien sind, d. h. die Prämien, die bei der Ausfertigung der Police oder bei Wiederbelebung einer stornierten Police zahlbar sind, sowie auch die Summe der Prämien, die bei der Aufhebung einer Police storniert werden, also die Prämien, die früher unter Folgeprämien mitgerechnet, aber im Augenblick der Stornierung nicht bezahlt sind, zu bestimmen. Wie man dies macht, werden uns am besten die weiter unten folgenden Beispiele zeigen.

August	September	Oktober	November	Dezember	Jährliche Prämie	Einmalige Prämie	Letzte Prämie	Vers. storniert	
3 249.80	117.30	370.40	6 270.80	670.40	20 234.30				
127	1	18	248	24	236				
	† 117.30	† 40.30	†5 840.20			† 229.60			
16.70			† 16.70		66.80		1932 8.		
					60.00	† 7.70	1932 1. St.		
40.00			† 40.00		160.00	† 39.20	1932 8.		
		† 15.20			60.80		1929 7.		
					0.00	† 1499 20	aufgehört		
					—	† 16.20	—		Vorausgez. pr. 16. 2. 13
3 306.50	117.30	385 60	6 327.50	670.40	20 581.90		•		
129	1	19	250	24	240				
	† 117.30	† 55.50	†5 896.90			† 1791.90			† 7892.00
12 736.20	19 276.40	12 769.70	15 249.80	14 728.20	181 039.20				
377	687	412	620	587	3170				
16 042.70	19 393.70	13 155.30	21 577.30	15 398.60	201 621.10				
505	688	431	870	611	3410				

August	September	Oktober	November	Dezember	Jährliche Prämie	Einmalige Prämie	
122.80	346.90	187.70	630.40	244.20	4 285.30		
5	14	8	29	11	104		
† 108.40	† 346.90	† 187.70	† 630 40	† 0.00		† 326.40	
† 16.20			† 16.20		64.80		
		† 46.60			46.60	† 46.60	
		† 22.40			44.80		
139.00	346.90	256.70	646.60	244.20	4 441.50		
6	14	10	30	11	107		
† 124.60	† 346.90	† 256.70	† 646.60	† 0.00		† 373.00	† 3 570.60
3 170.90	4 430.40	2 349.20	1 970.10	1 766.40	34 096.80		
122	167	87	42	50	418		
3 309.90	4 777.30	2 605.90	2 616.70	2 010.60	38 538.30		
128	181	97	72	61	525		

Die Summierung der Bücher wird in folgender Weise durchgeführt. Im Laufe des Jahres werden Zugang und Abgang, jeder für sich, zusammengezählt; am Schluß des Geschäftsjahres findet man durch Subtraktion den Nettozugang; durch Addition des Bestandes vom Schluß des vorigen Geschäftsjahres findet man danach den Bestand; dieser wird nicht übertragen. Sowohl im Zugangsbuch als im Abgangsbuch wird eine neue Aufzählung angefangen, und zwar auf die Weise, daß jeder Monat für sich zusammengezählt wird; beim Schluß des Monats wird der Zugang der verflossenen Monate des Jahres zu dem Zugang des Monats addiert usw.

Folglich bezeichnen die zwei ersten Linien des Schemas einen Transport der Addition des abgelaufenen Teiles des Monats (hier November). Die Zahl in der Kolonne: Police Nr. ist die Zahl der ausgestellten Policen (gleich der Anzahl der Policenummern); die übrigen Zahlen der ersten Linie bedeuten die eingetragenen Prämienbeträge. Die Quersumme ist gleich 20 234.30. In der Kolonne Termin werden

die in der Kolonne eingetragenen Zahlen zusammengezählt. In den Kolonnen für die Monate wird die Anzahl der eingetragenen Prämienbeträge addiert. Man hat 814 gleich 6 + 127 + 17 + 219 + 21 + 6 + 127 + 1 + 18 + 248 + 24. Die Zahl 236 bezeichnet die Anzahl der Policen, für welche eine Prämie noch zu zahlen ist; sie ist kleiner als die Anzahl der Policen (249). Die in der dritten Linie eingetragenen Beträge sind die Summen der Prämien, die bei der Ausfertigung der Police zu zahlen sind.

Zur Erläuterung dürften die folgenden Beispiele der Buchung der neuen Policen dienen.

11617. Neue Police, datiert vom 12./11., mit vierteljährlich zahlbarer Prämie. Bei der Ausfertigung wird eine Quittung für die erste Prämie, fällig am 12. November, ausgefertigt; bei der Buchung wird diese Prämienrate dafür mit † angemerkt.

11618. Neue Police, datiert vom 15./11., mit halbjährlich zahlbarer Prämie. Verfalltag 1./1. und 1./7. Die Januar-Quittung wird mit den Erneuerungsprämien ausgestellt; bei der Ausfertigung der Police wird Quittung für 1½ Monat ausgestellt und dafür wird der Betrag dieser Quittung in die Kolonne: „Einmalige Prämie" eingetragen.

11619. Neue Police, datiert vom 15./11., mit vierteljährlicher Zahlung, doch wird bei der Ausfertigung Prämie für ein halbes Jahr bezahlt; dafür wird die November-Prämienrate mit † bezeichnet und der Betrag 39,20 in: „Einmalige Prämie" eingetragen. Die Februar-Prämienrate ist folglich vorausbezahlt, und über sie muß man eine besondere Rechnung führen.

11620. Wiederinkraftsetzung der Police 3779, die am 15. Oktober 1909 ausgefertigt und am 15. 4. 1912 storniert war. Wenn diese im November stattfindet, sind die Erneuerungsprämien für April, Juli und Oktober ausgefertigt, ohne daß die Quittungen für diese Police vorhanden sind; und deshalb muß man Quittungen für diese Prämien bei der Wiederbelebung ausfertigen; folglich werden diese drei Prämienraten mit † bezeichnet.

11621. Neue Police mit einmaliger Prämie.

8762. Am 23./11. 1912 hat der Versicherte eine Prämie, fällig am 15./2. 1913, eingezahlt. Quittung muß besonders ausgefertigt werden und wird in der Kolonne: Einmalige Prämie eingetragen. Bei einer besonderen Buchung muß man überwachen, daß seinerzeit die Quittung für die vorausgezahlte Prämie nicht zugleich mit den übrigen Erneuerungsquittungen nochmals ausgefertigt wird.

Wenn die Ausfertigung von Policen im laufenden Monat abgeschlossen ist, werden sämtliche Kolonnen aufaddiert, einmal werden Beträge (1. Reihe der Aufaddierungen), dann nach der Anzahl der Beträge (2. Reihe der Aufaddierungen) und schließlich nach allen mit † bezeichneten Beträgen (3. Reihe der Aufaddierungen). Die Summe der mit † bezeichneten Beträge ist gleich dem Prämienbetrag, der im Laufe des Monats noch in Einnahme gestellt werden muß, wenn die

Erneuerungsquittungen beim Anfang des Monats in Einnahme sind. Zu der Aufzählung für November werden die Zahlen für die verlaufenden Monate des Jahres addiert, so daß man den Zugang für Januar bis November des laufenden Jahres erhält (die zwei letzten Linien der Aufaddierung).

Danach werden die Posten für Dezember eingetragen.

Im Abgangs-Kontrollbuch sind die Buchungen ganz ähnlich.

Die Policen stehen hier selbstverständlich nicht in Nummernfolge. Wenn man sich sichern will, um die Buchungen der allgemeinen Buchhaltung und der Revisionsstelle in solcher Weise in Übereinstimmung zu bringen, daß eine Police, die in dieser storniert ist, auch in jener storniert wird, so braucht man nur allen Policen, die storniert werden, eine Abgangsnummer zu geben, so daß sie nach der Reihenfolge der Abgangsnummern eingetragen werden.

Auf der in dem Schema gezeigten Seite des Abgangsbuches sieht man ganz oben den Transport von der vorigen Seite aufgezählt für den verlaufenen Teil des Monats in gleicher Weise wie in dem Zugangsbuch in drei Linien: Beträge, Anzahl und die mit † bezeichneten Beträge.

In die erste Kolonne des Buches wird das Datum für die letzte Prämienzahlung eingetragen; alle Prämien, die zwischen diesem Datum (exkl.) und dem Monate (inkl.), in welchem die Police storniert wird, fällig sind, werden mit † bezeichnet. Wenn zwei in dem gleichen Monat fällige Prämien storniert werden, muß man die eine in „Einmalige Prämie" einschreiben. Auch der Fall ist möglich (Todesfall z. B.), daß eine Police storniert wird, ohne daß man Prämien einzusetzen hat.

Im übrigen ist eine besondere Erklärung der Beispiele kaum notwendig.

Wenn die Buchungen des Monats vorgenommen sind, wird das Abgangsbuch in derselben Weise wie das Zugangsbuch aufaddiert und danach werden die Buchungen für Dezember eingetragen.

Nun ist es möglich, den Betrag der Erneuerungsprämien für Dezember zu bestimmen, so wie der Versicherungsbestand am 30./11. ihn ergibt, indem man hat:

Zugang 1912 gemäß Zugangskontrollbuch .	611	mit	15 398.60
Abgang 1912 gemäß Abgangskontrollbuch .	61	„	2 010.60
Nettozugang 1912	550	mit	13 388.00
Bestand ultimo 1911 gemäß Kontrollbuch .	6349	„	154 280.80
Im ganzen	6899	mit	167 668.80
Hiervon vorausgezahlte Prämien nach besonderer Aufstellung	17	„	440.20
Rest	6882	mit	167 228.60

und der Betrag, welchen die Quittungen für neue Policen in November ergeben, wird bei Aufadiderung der mit † bezeichneten Beträge des Zugangskontrollbuches bestimmt als 7892.00, während die infolge Stornos nicht bezahlten Quittungen betragen 3570.60, nämlich die Zahl der mit † bezeichneten Prämien in dem Abgangsbuch.



Solche drei Zahlen werden für jeden Monat bestimmt und dadurch erhält man die Prämieneinnahme des ganzen Jahres. Es ist leicht die allgemeine Buchhaltung in einer Weise zu ordnen, daß dieselben drei Zahlen gefunden werden, wodurch die Abstimmung in der Regel leicht erfolgen kann.

Falls die Abstimmung der Erneuerungsquittungen früher als Ende November gewünscht wird, was jedenfalls für eine größere Gesellschaft praktisch sein würde, läßt sich dies auch ermöglichen. Man muß dann nur darauf achten, daß die Zeichen † ein wenig anders gesetzt werden.

In dem Zugangskontrollbuch findet man noch zwei Kolonnen, die nicht besprochen sind, nämlich: „Vers. storniert“, worin das Datum der Stornierung der Police nach dem Abgangskontrollbuch eingetragen wird, indem man gleichzeitig feststellt, ob die Eintragungen in dem Abgangsbuch mit dem Zugangsbuch übereinstimmen. In die Kolonne „Letzte Prämie“ wird der letzte Fälligkeitstermin nach der Police eingetragen, eventuell mit dem Zusatz: „Stumpf“, wenn die letzte Prämie nicht von gewöhnlicher Größe ist. Diese Kolonne wird benutzt, wenn man kontrolliert, daß die Einforderung der Prämie rechtzeitig aufhört. Einmal jedes Jahres wird diese Kolonne durchgesehen und ein Verzeichnis der Versicherungen, für welche die Prämienzahlung innerhalb des folgenden Jahres aufhört, ausgearbeitet. (Die Versicherungen, die früher außer Kraft getreten sind, werden durch die nächste Kolonne angegeben). Durch dieses Verzeichnis überwacht man, daß die genannten Policen rechtzeitig ins Abgangsbuch eingetragen werden.

Wenn man ein konstruiertes Beispiel, wie in dem Schema, betrachtet, scheint die Buchung ein wenig verwickelt zu sein, aber in der Praxis ist die ganze Sache sehr leicht zu übersehen. Die Eintragungen an sich sind so einfach, daß man nicht einen besonders ausgebildeten Angestellten dafür braucht; sie können von einem gewöhnlichen Bureaubeamten ausgeführt werden, wenn nur ein Sachkundiger die Arbeit überwacht und die Abstimmungen ausführt. Das schwierigste der ganzen Arbeit ist die korrekte Anbringung des Zeichens †, aber diesen Teil kann man sehr leicht revidieren, indem man die Richtigkeit zu jeder Zeit schon mit Hilfe der Kolonnen: „Ausstellungstage der Police“ und „Die Police anulliert“ kontrollieren kann, ohne daß man die Police nötig hat. Auch die Abstimmung mit der gewöhnlichen Buchhaltung geht erfahrungsmäßig leicht, wenn nur die Buchungen sorgsam eingetragen sind, indem man die Abstimmung für jeden Monat nach den obengenannten drei Teilen vollbringt. Wenn die mit † bezeichneten Beträge nicht stimmen sollten, so ist ein Vergleichen der einzelnen Buchungen in der gewöhnlichen Buchhaltung und in der Revisionsstelle leicht vorzunehmen; dagegen ist dies auf die Dauer nicht möglich für die Erneuerungsprämien, aber durch eine zweckmäßige Einrichtung der Bücher, nach denen die Quittungen ausgeschrieben werden, kann dieses Ausschreiben mit großer Sicherheit geschehen, und die Abstimmung wird auch erleichtert dadurch, daß man sowohl die Anzahl als die Beträge der Quittungen abstimmt.



Die Kontrolle der Prämieneinnahme, wie sie in Dänemark im großen und ganzen geordnet ist, erreicht vielleicht beinahe das Ideal, eine fehlerfreie Revision durchzuführen, eine Revision, die nicht allein die Fehler findet, sondern auch die Fehler entdecken kann, ehe sie den Versicherten vor Augen gekommen sind.

Besitzwechsel bei der Hagelversicherung und die Versicherungspflicht des Pächters.

Von Rechtsanwalt Dr. Eugen Josef in Freiburg i. Br.

I. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hagelaktiengesellschaften bestimmen in § 4 unter 2:

> Versicherungsperiode ist das jeweilige Kalenderjahr, jedoch beginnt die Ersatzpflicht der Gesellschaft in jedem Jahre für Wintersaaten frühestens an dem auf die Aussaat folgenden 1. März; sie endet bei Flachs und Hanf, sobald diese nicht mehr im Boden wurzeln, bei allen übrigen Bodenerzeugnissen, sobald diese abgefahren oder in Diemen (Feimen, Schobern, Mieten) zusammengefahren sind, spätestens jedoch am 15. Oktober.

Fast gleichlautende Bestimmungen finden sich in den Versicherungsbedingungen anderer Versicherer.[1])

Während also bei Flachs und Hanf schon die Trennung vom Boden zur Folge hat, daß der Versicherer für Hagelschaden nicht mehr haftet, besteht diese Haftung bei sonstigen Bodenerzeugnissen auch nach der Trennung noch den vorbezeichneten Zeitraum — bis zum Ab- oder Zusammenfahren — fort, der schwerlich mehr als zwei Wochen währt und nur unter ganz ausnahmsweise gearteten Umständen einen Monat erreichen könnte. Ganz besonders kurz aber wird dieser Zeitraum sein, wenn der Versicherungsnehmer das versicherte Getreide schon auf dem Halm oder auch nachdem er es vom Boden getrennt hat, aber noch bevor er es abgefahren oder zusammengefahren hat, verkauft: hier hat der Erwerber das größte Interesse, die Früchte schleunigst abzufahren; denn Verkäufe dieser Art pflegen nur von verschuldeten Verkäufern vorgenommen zu werden, denen Pfändungen drohen.

Unter diesen Umständen muß sehr auffallen die Bestimmung des § 114 des Versicherungsvertragsgesetzes:

„Im Falle der Veräußerung oder der Zwangsversteigerung der versicherten Bodenerzeugnisse kann der Versicherer dem Erwerber das Versicherungsverhältnis nur für den Schluß der Versicherungsperiode kündigen, in welcher er von dem Eigentumsübergange Kenntnis erlangt; die im § 70 Abs. 1 vorgesehenen Beschränkungen des Kündigungsrechts finden keine Anwendung.

[1]) Sammlung der Versicherungsbedingungen, herausgegeben vom Deutschen Verein für Versicherungswissenschaft, Teil 5, zweite Hälfte, S. 34, 41, 54, 56.

Wird der Eigentumsübergang dem Versicherer nicht rechtzeitig angezeigt, so ist der Versicherer, wenn der Versicherungsfall nach dem Schlusse der Versicherungsperiode eintritt, in welcher ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Verpflichtung bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherer von dem Eigentumswechsel so früh Kenntnis erlangt hat, daß er zum Schlusse der Versicherungsperiode kündigen konnte.

Auf eine Vereinbarung, durch welche von diesen Vorschriften zum Nachteile des Erwerbers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen."

Hierzu bemerkt die Begründung:

Der Übergang des Versicherungsverhältnisses auf den Erwerber der versicherten Bodenerzeugnisse ist nicht davon abhängig, daß ein *Wechsel im Eigentume des Grundstücks* erfolgt, vielmehr kommen die Vorschriften der §§ 69 ff. *und des § 114* auch dann zur Anwendung, wenn die Bodenerzeugnisse *nach ihrer Trennung vom Grundstück allein* veräußert werden. Es liegt keine Veranlassung vor, in einem solchen Falle, soweit die Versicherungsbedingungen die Haftung des Versicherers nach der Trennung noch fortdauern lassen, dem Erwerber der Erzeugnisse den Schutz der Versicherung zu entziehen. Ist eine Versicherung für mehrere Jahre genommen, so tritt, falls das Eigentum an den Erzeugnissen eines einzelnen Erntejahres auf einen Dritten übertragen wird, dieser in die Versicherung natürlich nur insoweit ein, als sie sich auf die veräußerten Erzeugnisse bezieht, dagegen bleibt das Versicherungsverhältnis in Ansehung des Aufwuchses späterer Jahre zwischen den ursprünglichen Vertragsparteien bestehen.

Man setze also den Fall: der Eigentümer (Versicherungsnehmer) verkauft mir das Getreide auf dem Halm, und zwar so, daß ich zugleich die tatsächliche Gewalt über die bestellte Bodenfläche gewinne, mir also „der Besitz der Sache überlassen" ist (§ 956). Hier erwerbe ich das Eigentum des (gegen Hagelschlag versicherten) Getreides in dem Augenblick, wo dieses vom Boden getrennt wird, mag ich es auch nicht sofort vom Feld wegfahren oder in „Mieten" zusammenfahren. Mit dem Augenblick der Trennung kann ich (der Erwerber der „versicherten Bodenerzeugnisse", § 114) dem Versicherer nach § 70 Abs. 2 mit sofortiger Wirkung das Versicherungsverhältnis kündigen, so daß also für die ganz geringe Spanne Zeit, die zwischen der Trennung und dem Abfahren oder Zusammenfahren liegt, die Ersatzpflicht des Versicherers wegfiele. Welchen Anlaß aber der Erwerber zu einer so sonderbaren Kündigung haben soll, das ist nicht zu verstehen. — Auch der Versicherer seinerseits kann mir (dem Erwerber der Bodenerzeugnisse) kündigen, aber nach § 114 Abs. 1 gar erst auf den Schluß der Versicherungsperiode, d. i. des Kalenderjahrs (§ 4 unter 2 der angezogenen AVB.). Eine solche Kündigung wäre ganz wesenlos, ja undenkbar; denn der Versicherungsschutz endet, wie eingangs erwähnt, spätestens am 15. Oktober, und wohl ausnahmslos schon vorher, da der Erwerber die Bodenerzeugnisse sofort nach der Trennung vom Felde wegfährt oder dort mindestens



zusammenfährt. Dabei ist bisher vorausgesetzt, daß dem Erwerber die Bodenfläche selbst übergeben war, was doch nur äußerst selten vorliegen wird.[2]) In dem Regelfall erwirbt also der Käufer das Eigentum der Bodenerzeugnisse nicht schon mit der Trennung, sondern erst mit der Besitzergreifung (§ 956), d. h. in dem Zeitpunkt, wo er sie vom Feld weg- oder auf ihm zusammenfährt. Aber in diesem Augenblick erlischt überhaupt der Versicherungsschutz, so daß für eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses von seiten des Erwerbers an den Versicherer und umgekehrt gar kein Raum ist.

Die Vorschrift des § 114, die nach der oben wiedergegebenen Begründung sich auch auf den Fall beziehen soll, wo die versicherten Bodenerzeugnisse ohne den Grund und Boden veräußert werden, ist danach in dem Regelfall der unterbliebenen Bodenüberlassung gänzlich unanwendbar und auch in dem Ausnahmefall erfolgter Bodenüberlassung kaum je anwendbar. Und doch fühlt — worauf *Schneider*, Kommentar S. 359 mit Recht aufmerksam macht — die Begründung sich noch veranlaßt, zu bemerken, daß der Erwerber der — getrennten — Bodenerzeugnisse nur für das laufende Jahr in die Versicherung eintritt, während der Aufwuchs späterer Jahre für den Versicherungsnehmer (Veräußerer) versichert bleibe!

Da das Eigentum stehender oder hängender Früchte dem Eigentum am Boden folgt (§ 94 BGB.), so hat § 114 danach nur Bedeutung, wenn der Versicherungsnehmer die bestellte *Bodenfläche* freiwillig veräußert oder sie ihm zwangsversteigert wird. Die Ausführungen von *Rohrbeck* in Vers.Wiss.Z. 13, 441 über die Zulässigkeit einer Abänderung der Vorschrift des § 114 durch die Versicherungsbedingungen dürften keine erhebliche praktische Bedeutung haben.

Für den eben erwähnten Fall, wo das bestellte Grundstück selbst veräußert oder versteigert wird, die versicherten Bodenerzeugnisse also noch mit dem Grundstück als dessen Bestandteil auf den Erwerber übergehen, führt *Rohrbeck* aus: der § 70 Abs. 2, wonach das Kündigungsrecht des Erwerbers erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats „nach dem Erwerbe" ausgeübt wird, verstehe unter „Erwerb" nicht die Auflassung und die Eintragung ins Grundbuch, sondern gemäß § 446 BGB. die *Übergabe* des Grundstücks mit ihrem gleichzeitigen Übergang der Gefahr. Denn in dem Augenblick, wo gemäß § 446 BGB. dem Käufer die Nutzungen gebühren und er auch die Lasten der Sache trage, müsse er auch billigerweise für die übernommenen Versicherungsverträge bereits ein Kündigungsrecht ausüben können, zumal der Übergabetermin im Vertrage üblicherweise festgesetzt werde. Der Auflassungstermin sei aber eine für die Hagelversicherung praktisch nicht brauchbare Zeitbestimmung. Denn sehr häufig werde die Auflassung hinausgeschoben, vielleicht auch verschiedene Verkäufe hintereinander geschlossen, ehe die Ver-

[2]) Die bloße Erklärung der Beteiligten kann diesen Zustand nicht schaffen; es müssen Tatsachen vorliegen, die ergeben, daß der Erwerber des Getreides wirklich die tatsächliche Gewalt über die Bodenfläche erlangt hat, z. B. indem er an ihr Veränderungen vorgenommen oder auf ihr Herrichtungen getroffen hat (Zäune, Gräben).



änderung ins Grundbuch eingetragen werde. An diesen Termin den Erwerber binden, hieße ihn benachteiligen; denn dadurch würde in vielen Fällen sein Kündigungsrecht für die laufende Periode vereitelt und für den überhaupt nicht eingetragenen Erwerber sogar ganz aufgehoben. Aber für den Versicherer ergäbe sich eine schädliche Unsicherheit im Geschäftsverkehr; ferner werde auch sein eigenes Kündigungsrecht gegenüber dem Erwerber bei einer derartigen Rechtslage nicht selten auf weitere Versicherungsperioden hinausgeschoben werden und er wegen Forderung der Prämien und Auszahlung der Entschädigung stets zwischen dem Veräußerer und dem Erwerber schwanken müssen. Entspreche also die Annahme, daß das Kündigungsrecht des Erwerbers vom Zeitpunkt der Übergabe und hiermit des Gefahrübergangs zu rechnen sei, zwar vorwiegend praktischen Erwägungen, so finde es auch in der Fassung des § 69 einen Stützpunkt, da dieser nicht vom Eigentumsübergang, sondern von der Veräußerung spreche. Allerdings betone § 114 Abs. 1 für die Hagelversicherung besonders den Eigentumsübergang für das Kündigungsrecht des Versicherers; da aber vorher von einer Veräußerung der „Bodenerzeugnisse" die Rede sei, also zunächst an Fahrnis gedacht sei, so müsse diese Betonung des Eigentumsüberganges aus dem ganzen Zusammenhang begriffen werden. Danach sei das Kündigungsrecht des Erwerbers gemäß § 446 BGB. von der Übergabe an zu rechnen; Erwerb nach dem VVG. sei sonach nicht Erwerb nach § 873 BGB. —

Dem ist nicht beizustimmen. Das VVG. ist als ein Teil des BGB., als in dieses hineingefügt anzusehen[3]) und gebraucht daher den Begriff „Veräußerung" lediglich in demselben Sinn wie das BGB.; nach diesem aber ist Veräußerung das Aufgeben eines Rechts zum Zweck der Übertragung auf einen anderen. Insbesondere i. S. des § 69 ff. VVG. liegt Veräußerung nur vor, wenn ein Eigentumswechsel, eine Änderung des Rechtssubjekts auf Seiten des Versicherungsnehmers eintritt.[4]) Wie ferner die Begründung hervorhebt, schließt der § 69 ff. VVG. sich an § 571 ff. BGB. an, der von der Fortdauer des Mietverhältnisses nach der Veräußerung des vermieteten Grundstücks handelt. Die Übereinstimmung des Wortlauts der beiden Gesetzesstellen führt zu dem Schlusse, daß der Gesetzgeber in beiden die Ausdrücke „Veräußerer" und „Erwerber" in dem gleichen Sinne gebraucht hat, und da der Übergang der Rechte und Pflichten ausdrücklich an die Dauer des „Eigentums" des Erwerbers geknüpft ist, so ist ferner die Annahme begründet, daß dieser Übergang der Rechte und Pflichten sich mit dem Eigentumswechsel vollzieht, daß also die Rechtsbegriffe „Veräußerung" und „Erwerb" bei Kaufverträgen über ein Grundstück die erst durch die Auflassung und Grundbuchberichtigung bewirkte Übertragung und Erlangung des Eigentums bedeuten. Wird hiernach aber in Abs. 1 des § 69 VVG. der bisherige Eigentümer „Veräußerer" und der neue Eigentümer „Erwerber" genannt, so ist natürlich ebenso im § 70 mit dem zur Kündigung be-

---

[3]) *Josef*, Komm. z. VVG., Anm. 2 zu § 27.
[4]) *Josef* in Leipzg. Z. 5, 372.

rechtigten „Erwerber" der neue Eigentümer gemeint und die Bestimmung, daß sein Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird, ist also dahin auszulegen, daß das Kündigungsrecht rechtswirksam nur innerhalb eines Monats nach dem Eigentumserwerb[5]) ausgeübt werden kann. So bemerkt auch die Begründung S. 86 zur Rechtfertigung der Anzeigepflicht des § 71:

> „Da der Versicherer, solange er von dem *Eigentumswechsel* keine Kenntnis erhält, außerstande ist, im Wege der Kündigung das Erlöschen seiner Verbindlichkeiten herbeizuführen, so bestimmt der § 71 Abs. 1, daß die *Veräußerung* dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen ist."

Auch die Begründung versteht also unter Veräußerung den Eigentumswechsel. Und dazu kommt, daß auch das Gesetz selbst den von ihm in § 69 ff. gebrauchten Ausdruck „Veräußerung" an einer anderen Stelle gewissermaßen authentisch erläutert. Während nämlich nach § 70 das Kündigungsrecht des Versicherers erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem er von der „Veräußerung" Kenntnis erlangt, ferner nach § 71 Abs. 1 die „Veräußerung" dem Versicherer anzuzeigen ist, und Abs. 2 die Folgen der Kenntnis des Versicherers von der „Veräußerung" regelt: bringt § 114 in Abs. 1 das Kündigungsrecht des Versicherers in Zusammenhang mit der Kenntnis vom „Eigentumsübergang" und er regelt in Abs. 2 die Folgen unterlassener Anzeige vom „Eigentumsübergang" sowie die Kenntnis des Versicherers vom „Eigentumswechsel".

Danach versteht das Gesetz zweifellos unter „Veräußerung" überall die Eigentumsübertragung und es können gegen diese Folgerung die angeblichen praktischen Schwierigkeiten, die mit dieser Regelung für den Versicherer verbunden sind, nicht in Betracht kommen.

Aus anderen Gründen glaubt ein Berufungsurteil des Landgerichts Stettin vom 6. Juni 1913 (Zeitschrift für das Versicherungswesen Nr. 27 Beilage II vom 9. Juli 1913) dem Erwerber das Kündigungsrecht schon nach erfolgter Übergabe zusprechen zu müssen, weil nämlich bei entgegengesetzter Auffassung a) der Erwerber in der Zwischenzeit zwischen Übergabe und Auflassung zwar die Gefahr zu tragen hat, nicht aber den Schutz aus der Versicherung genießen würde; b) der Versicherer auch dem Veräußerer den eintretenden Schaden nicht zu zahlen haben würde, da ja der Veräußerer nicht mehr der Geschädigte sei. Diese Auffassung, die auch einem Urteil des OLG. Rostock in Rspr. 17, 46 vom 6. Februar 1908 zugrunde liegt, ist aber irrig. Denn in dem *Besitzübertragungsvertrag liegt zugleich das stillschweigende Abkommen, daß, wenn das Getreide verhagelt, bevor noch der Käufer als Eigentümer eingetragen ist, der Verkäufer die Entschädigung vom Versicherer erheben und sie dem Käufer abführen soll;* und *dieser Tatbestand stellt das versicherbare*

---

[5]) Oder vielmehr, wie sofort zu besprechen, nach der *Auflassung.*



Interesse des Verkäufers dar. Es tritt also nach stillschweigender Abrede für die Zeit zwischen Übergabe und Eigentumseintragung *im Verhältnis des Käufers zum Verkäufer* dieselbe Rechtslage ein, die für die Zeit nach dem Eigentumserwerb kraft Gesetzes (§ 69 VVG.) eintritt.[6])

Ist sonach Veräußerung der versicherten Sache deren Eigentumsübertragung, so ist doch folgendes zu bemerken: Bei Grundstücken tritt ein Eigentumswechsel auf Grund rechtsgeschäftlichen Vorganges nur ein, wenn auf Grund der von den Beteiligten vor dem Grundbuchamt erklärten Auflassung die Eintragung des Erwerbers im Grundbuch erfolgt ist. Mit der Auflassung haben aber die Beteiligten alles getan, was ihnen selbst zur Bewirkung der Veräußerung obliegt. Die Eintragung entzieht sich jeder Mitwirkung der Beteiligten und ihr Zeitpunkt deren unmittelbarer Kenntnisnahme. Zwar hat das Grundbuchamt die erfolgte Eintragung den Beteiligten bekannt zu machen, aber der Zeitpunkt dieser Bekanntmachung hängt von Zufälligkeiten ab, kann sich sehr verzögern und sie kann auch versehentlich ganz unterbleiben; auch ist der Zeitpunkt der so erfolgten Bekanntmachung oft gar nicht festzustellen. Anderseits sind die Fälle, wo auf Grund der erfolgten Auflassung die Eintragung abgelehnt wird, ganz besonders geartete Ausnahmefälle; daher bewirken die Beteiligten die Übergabe spätestens mit der Auflassung. Aus alledem folgt: die einmonatige Kündigungsfrist des Erwerbers (§ 70 Abs. 2) und ebenso die Anzeigepflicht der Beteiligten (§§ 71, 114) beginnt schon mit der Auflassung. Der Erwerber kann die Kündigung zugleich mit der Anzeige von der Auflassung verbinden.

Übrigens wird, wenn der Käufer noch vor der Auflassung, etwa schon nach der Übergabe, über die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag durch Kündigung verfügt hat, diese Verfügung gemäß § 185 Abs. 2 BGB. wirksam, wenn er später das Eigentum des Grundstücks erwirbt. Um so mehr muß also schon aus diesem Gesichtspunkt die nach der Auflassung, aber vor erfolgter Eintragung geschehene Kündigung des Erwerbers wirksam sein.

II. Sind Bodenerzeugnisse versichert und erwirbt hinterher jemand auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses, z. B. infolge ehelichen Güterrechts, das dauernde Bezugsrecht auf diese Früchte, so tritt nach § 115 der Bezugsberechtigte ohne weiteres in die Versicherung ein. Es ist dies eine entsprechende Anwendung der §§ 114, 69 f. Eine „Veräußerung" fehlt, aber bezüglich der versicherten Bodenfrüchte ist das Interesse des Bezugsberechtigten wirtschaftlich identisch mit dem, das für den Grundstückseigentümer vorher bestand.

Oft übernimmt nun im Pachtvertrage der Pächter gegenüber dem Verpächter die Verpflichtung, die Pachtsache unter Versicherung, so besonders gegen Feuer- und Hagelschaden, zu bringen. Bei der Feuerversicherung hängt es hier von den Umständen ab, ob dann ein Vertrag zugunsten Dritter derart vorliegt, daß der Verpächter un-

[6]) *Josef* in Vers. Wiss. Z. 9, 246.

mittelbar gegen den Versicherer den Anspruch auf die Brandsumme erwirbt (§ 328). Der Pächter ist durch den Pachtvertrag verpflichtet, das Gebäude zugunsten des Verpächters zu versichern; dieser Zweck kann wirksam nur dadurch erreicht werden, daß der Verpächter ein unmittelbares Recht aus dem Versicherungsvertrag erwirbt. Folglich soll nach dem Willen der am Pachtvertrag Beteiligten der Abschluß des Versicherungsvertrages in der Weise erfolgen, daß die Brandentschädigung unmittelbar an den Verpächter als den Eigentümer zahlbar sein, nicht aber daß sie ihm auf dem überflüssigen Umwege über die Person des Pächters zukommen solle. Denn es ist das Naturgemäße, daß der Pächter, wenn er die ihm durch den Pachtvertrag auferlegte Versicherung genommen hat, auch in Ausführung des Vertrages gehandelt hat; der Pächter wollte also, daß der Versicherer unmittelbar an den Verpächter zahle. Wußte nun ferner der Versicherer, daß der Verpächter ein vertragsmäßiges Recht auf die Versicherung durch den Pächter habe und daß dieser behufs Erfüllung der ihm gegen den Verpächter obliegenden Verbindlichkeit die Versicherung nehme, so hat der Versicherer auch die daraus ohne weiteres sich ergebende Absicht des Pächters gekannt, die Brandentschädigung unmittelbar dem Verpächter zuzuwenden, und der Versicherer hat sich mit dem vom Pächter Gewollten dadurch einverstanden erklärt, daß er ohne Widerspruch den Vertrag abgeschlossen hat. (Urteil des OLG. Colmar vom 3. April 1912; Leipz. Z. 6, 949.)

Während so bei der dem Pächter obliegenden *Brand*versicherung regelmäßig ein direktes Klagerecht des Verpächters gegen den Versicherer anzunehmen sein wird, ergibt sich eine andere Beurteilung in dem hier besprochenen Fall, wo der Verpächter dem Pächter die Verpflichtung auferlegt, Versicherung gegen *Hagel*schaden zu nehmen. Zwar hat der Verpächter auch hier ein sehr erhebliches Interesse an der Versicherung, weil er durch sie den Pächter leistungsfähig erhält, also seinen Anspruch auf den Pachtzins sichert. Aber wie nach dem Gesetz dem Verpächter ein Pfandrecht zwar an den Früchten (§ 585) zusteht, nicht aber an des Pächters Anspruch auf die Hagelentschädigung, so liegt den Beteiligten hier auch fern, dem Verpächter einen unmittelbaren Anspruch gegen den Versicherer einzuräumen. Vielmehr muß als gewollt gelten, daß wie der Pächter selbständig und ausschließlich zum Bezug der Früchte berechtigt ist, auch ihm allein und ausschließlich der Anspruch gegen den Versicherer auf die Hagelversicherung zustehen soll.

III. Das Ergebnis dieser Untersuchung ist hiernach:

1. Werden die gegen Hagelschaden versicherten noch ungetrennten Bodenerzeugnisse verkauft, so erwirbt an ihnen der Käufer Eigentum regelmäßig erst mit der Besitzergreifung, also indem er sie vom Felde weg- oder auf ihm zusammenfährt. Hiermit endigt aber nach den Versicherungsbedingungen die Ersatzpflicht des Versicherers, so daß in diesem Fall eine Endigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung gar nicht in Betracht kommen kann. Ist dem Käufer der Bodenerzeugnisse die bestellte Fläche zu tatsächlicher Gewalt überlassen (was nur ausnahmsweise vorkommen kann), so



erwirbt er Eigentum an jenen zwar schon mit der Trennung; der zwischen dieser und dem Abfahren oder Zusammenfahren liegende Zeitraum ist aber so gering, daß eine Kündigung der Versicherung gleichfalls nicht in Betracht kommt. Der § 114 VVG., wonach der Versicherer das Versicherungsverhältnis dem Erwerber nur für den Schluß der Versicherungsperiode kündigen kann, sowie eine nach § 70 Abs. 2 fristlose Kündigung seitens des Erwerbers kommt daher nur in Betracht, wenn die gegen Hagelschlag versicherten Bodenerzeugnisse als Bestandteil des Grund und Bodens mit diesem veräußert werden. — Veräußert der Versicherungsnehmer jene Erzeugnisse, nachdem er sie bereits getrennt, aber noch bevor er sie ab- oder zusammengefahren hat, so erwirbt der Käufer an ihnen Eigentum erst durch die Besitzergreifung, also durch Weg- oder Zusammenfahren; da hiermit die Ersatzpflicht des Versicherers endigt, bleibt auch in diesem Fall eine Endigung des Versicherungsverhältnisses durch Kündigung ausgeschlossen.

2. Die Eintragung des Erwerbers und ihr Zeitpunkt sind jeder Mitwirkung und der unmittelbaren Kenntnis der Beteiligten entzogen; diese haben mit der Auflassung alles getan, was ihnen zwecks der Eigentumsveränderung obliegt. Die grundbuchamtliche Bekanntmachung an die Beteiligten von der erfolgten Eintragung kann sich verzögern, auch versehentlich unterbleiben, jedenfalls ist ihr Zeitpunkt nicht sicher festzustellen. Weiter aber sind die Fälle, wo die Eintragung abgelehnt wird, nur besonders geartete Ausnahmefälle, so daß die Beteiligten die Übergabe allerspätestens an die Auflassung knüpfen. Daraus ist als die Absicht des Gesetzes zu folgern: die einmonatliche Kündigungsfrist des Erwerbers (§ 70 Abs. 2) und ebenso auch dessen und des Veräußerers Anzeigepflicht (§ 71) beginnen schon mit der Auflassung. Übrigens wird jede vom Erwerber — sei es nach, sei es auch vor der Auflassung — erfolgte Kündigung der Versicherung gemäß § 185 Abs. 2 BGB. wirksam durch seine nachträgliche Eintragung als Eigentümer.

3. Verpflichtet sich der Pächter gegenüber dem Verpächter, die zum Pachtgut gehörigen Gebäude gegen Feuer zu versichern und bewirkt er demgemäß die Versicherung, so geht seine Absicht dahin, daß der Verpächter gegen den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf Zahlung der Brandentschädigung erhalten soll. Und indem der Versicherer in Kenntnis dieses Sachverhalts und dieser Absicht des Pächters die Versicherung übernimmt, übernimmt er gleichfalls die Verpflichtung zur Zahlung an den Verpächter. Wenn dagegen der Pächter sich gegenüber dem Verpächter verpflichtet, die Bodenerzeugnisse gegen Hagelschaden zu versichern, so fehlt ihm wie dem Versicherer die Absicht, aus dieser Versicherung Rechte für den Verpächter zu begründen; diese stehen folglich nur dem Pächter als dem Fruchtbezugsberechtigten zu.

Die Haftpflichtversicherungsanstalten der Berufsgenossenschaften bis zur Neuordnung durch die Reichsversicherungsordnung.

Von Dr. J. W. Brandt, stellvertretender Vorsitzender des Versicherungsamts (Berlin-Weißensee).

Der § 23 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 13. Juli 1900, gab den Berufsgenossenschaften die Ermächtigung: „Einrichtungen zu treffen zur Versicherung der Betriebsunternehmer und der ihnen in bezug auf Haftpflicht gleichgestellten Personen gegen Haftpflicht."

Von dieser Berechtigung haben die Berufsgenossenschaften in sehr ungleicher Weise Gebrauch gemacht. Wir finden unter den 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften nur zwei — Glas- und Tiefbau —, unter den 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften dagegen folgende, die öffentliche Haftpflichtversicherungsanstalten errichtet haben:

Ostpreußische, Brandenburgische, Pommersche, Schlesische, Hessen-Nassauische, Land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für das Großherzogtum Hessen, Berufsgenossenschaft Oldenburger Landwirte, Land- und Forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für das Fürstentum Reuß ä. L.

Die Haftpflichtversicherungsanstalten sind Einrichtungen der Berufsgenossenschaften. Die Berufsgenossenschaften sind Rechtsträgerinnen der Anstalten. Die Organe der Berufsgenossenschaften sind in der Regel auch gleichzeitig die Organe der Versicherungsanstalt. Die näheren Bestimmungen hierüber sowie über die innere Verwaltung der Versicherungsanstalt enthält das für jede Anstalt erlassene Statut. Das Statut bedarf der Genehmigung durch den Bundesrat.

Bei Errichtung der Anstalten wurde verschiedentlich der Nachweis verlangt, daß sich eine Mindestzahl von Teilnehmern zum Beitritt bereit erklärt hatten, damit von vornherein eine gewisse Gewähr für die wirtschaftliche Lebensfähigkeit gegeben war. Diese Vorbedingungen wurden durchweg erfüllt. Durch eine umfangreiche Propaganda unter den Mitgliedern der Berufsgenossenschaft war es leicht, die erforderlichen Erklärungen zu erhalten. „Es ist aber wünschenswert", wie in dem Jahresbericht der Brandenburgischen Anstalt für 1910 gesagt wird, „daß diese Werbetätigkeit eifrig fortgesetzt und auch von allen Sektionen aufgenommen und durchgeführt wird, da die Leistungsfähigkeit der Anstalt für die Zukunft nur bei wesentlicher Zunahme der Mitgliederzahl mit Sicherheit verbürgt werden kann."

Versicherungsnehmer können nur solche Unternehmer sein, die der betreffenden Berufsgenossenschaft als Mitglieder angehören. Be-

triebsunternehmern, die mehrere zu derselben Berufsgenossenschaft gehörige Betriebe haben, steht es in der Regel frei, ob sie sich nur mit einem oder mit sämtlichen Betrieben versichern wollen. Eine abweichende Bestimmung enthält die Satzung der Tiefbau-Anstalt. Hier wird verlangt, daß sich die Versicherungsnahme auf alle bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft katastrierten Bauarbeiten und Nebenbetriebe erstreckt. Bedenken gegen eine solche Bestimmung können kaum erhoben werden. Dagegen erscheint es nicht unbedenklich, daß Ostpreußen, Schlesien, Hessen-Nassau und Reuß satzungsgemäß gegen besonderen Beitrag auch solche Nebenbetriebe gegen Haftpflicht versichern, die nicht bei der Berufsgenossenschaft als Nebenbetriebe versichert sind, wenn diese Gewerbebetriebe „an Umfang und Ertrag gegenüber den versicherten landwirtschaftlichen Betrieben zurückstehen und mit diesen in räumlichem Zusammenhang stehen."

Der begreifliche Wunsch der Unternehmer, nur mit einer Versicherungseinrichtung zu tun haben zu wollen, kann ebensowenig wie das berechtigte Bestreben der Versicherungsanstalten nach Ausdehnung des Geschäftes einen Verstoß gegen das Gesetz rechtfertigen. Denn um einen solchen handelt es sich genau genommen, wenn die Versicherungsanstalt einer Berufsgenossenschaft die Haftpflichtversicherung auch auf solche Betriebe ausdehnt, deren berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit gesetzlich oder gemäß einer Entscheidung des RVA. zu einer anderen Berufsgenossenschaft besteht. Aber das praktische Bedürfnis hat sich in diesen Fällen stärker erwiesen als ein theoretisches Bedenken.

Die Mitgliedschaft bei der Haftpflichtversicherungsanstalt endet regelmäßig ohne weiteres mit dem Aufhören der Zugehörigkeit zu der Berufsgenossenschaft. Im übrigen kann jeder Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen, jedoch nur zum Schlusse eines Rechnungsjahres, durch schriftliche Erklärung kündigen.

In den Satzungen der Versicherungsanstalten der beiden gewerblichen Berufsgenossenschaften wird unterschieden zwischen dem Anstaltsleiter und dem Anstaltsvorstand. Anstaltsleiter ist ein von dem Genossenschaftsvorstand der Berufsgenossenschaft aus seiner Mitte zu bestellendes Vorstandsmitglied. Der Anstaltsleiter erledigt sämtliche Geschäfte, soweit in der Satzung nicht anderweitige Bestimmung getroffen ist. Der Genossenschaftsvorstand bestellt ein zweites Mitglied des Vorstandes zum Stellvertreter des Anstaltsleiters. Der Anstaltsvorstand besteht aus dem Anstaltsleiter oder dessen Stellvertreter und zwei Beisitzern bzw. deren Stellvertretern, welche die Genossenschaftsversammlung aus den bei der Haftpflichtversicherungsanstalt versicherten Genossenschaftsmitgliedern wählt.

Eine gleiche Regelung enthalten die Satzungen von Oldenburg und Reuß. Von Wichtigkeit ist bei diesen vier Anstalten namentlich die Bestimmung, daß die beiden Beisitzer, die zum Vorstand gehören, auch bei der Anstalt gegen Haftpflicht versichert sein müssen. Hierdurch ist eine Gewähr dafür gegeben, daß die Interessenten auf die Verwaltung der Anstalt einen maßgebenden Einfluß ausüben können.

Abweichend hiervon ist nach den Satzungen von Ostpreußen, Pommern, Schlesien, Brandenburg, Hessen-Nassau und Großherzogtum Hessen den bei der Anstalt Versicherten nicht Sitz und Stimme im Vorstande der Versicherungsanstalt zugesichert. Die Satzungen dieser sechs Anstalten besagen lediglich, daß die Organe der Berufsgenossenschaft die Verwaltung der Anstalt führen, und zwar wird mit Ausnahme von Brandenburg und dem Großherzogtum Hessen der Landeshauptmann als derjenige bezeichnet, der im Namen des Genossenschaftsvorstandes die sämtlichen Geschäfte erledigt mit der selbstverständlichen Einschränkung: „Soweit in der Satzung nicht im einzelnen anderweite Bestimmung getroffen ist."

Eine solche Einschränkung ist z. B. hinsichtlich der Entscheidung über Beschwerden gegeben.

Hier ist zunächst bei Ostpreußen, Pommern, Schlesien, Brandenburg, Hessen-Nassau die Regelung getroffen, daß eine Beschwerde gegen Verfügungen des Landeshauptmanns bei dem Landeshauptmann einzureichen ist, auch ist in Brandenburg, Pommern, Schlesien die Anwesenheit des Landeshauptmanns nicht verboten, wenn der Genossenschaftsvorstand die eingereichte Beschwerde prüft. Nur ein Stimmrecht hat der Landeshauptmann bei der Beschlußfassung über die wider ihn erhobene Beschwerde nicht. In Ostpreußen ist es dem Landeshauptmann ebenfalls unbenommen, bei der Beschlußfassung über eine gegen ihn gerichtete Beschwerde zugegen zu sein, jedoch darf er an der Abstimmung nicht teilnehmen.

Eine hiervon wesentlich abweichende Regelung des Beschwerdeverfahrens findet sich bei Hessen-Nassau, Großherzogtum Hessen, Oldenburg und Reuß. Als Hauptmoment ist hervorzuheben, daß bei diesen Anstalten an der Beratung und Beschlußfassung über Beschwerden gegen Verfügungen des Anstaltsvorstandes weder der Anstaltsleiter noch die übrigen Mitglieder des Anstaltsvorstandes teilnehmen dürfen. Hessen-Nassau und das Großherzogtum Hessen haben außerdem die Einrichtung eines besonderen Beschwerdeausschusses. Dieser wird gebildet aus fünf Mitgliedern ausschließlich des Vorsitzenden. Die Mitglieder werden ebenso wie die gleiche Zahl von Stellvertretern von der Genossenschaftsversammlung aus dem Kreise der Versicherungsnehmer auf die Dauer von fünf Jahren gewählt. Der Landeshauptmann, bei dem in Hessen-Nassau zwar auch die Beschwerde einzureichen ist, kann nicht Mitglied des Beschwerdeausschusses sein und in ihm auch nicht den Vorsitzenden vertreten.

Bei Glas- und Tiefbau dürfen Anstaltsleiter und die übrigen Mitglieder des Anstaltsvorstandes an der Beratung und Beschlußfassung der gegen sie vorgebrachten Beschwerden nicht teilnehmen.

Entscheidungsinstanz über Beschwerden ist der Genossenschaftsvorstand.

Die Aufbringung der Mittel erfolgt durch Beiträge. Für die Verpflichtungen der Anstalt aus den Versicherungsverträgen haften ausschließlich die Beiträge der Betriebsunternehmer, der zu bildende Reservefonds und das sonstige für Zwecke der Anstalt bestimmte Vermögen. Falls diese Mittel nicht ausreichen, um den Ausgabebedarf eines Jahres zu decken, so ist der Mehrbedarf durch Umlegung



auf die Versicherungsnehmer desjenigen Rechnungsjahres aufzubringen, dessen Bedarf zu decken ist.

Die Beitragsfestsetzung geschieht nach verschiedenen Systemen. Bei den beiden gewerblichen Berufsgenossenschaften — Glas- und Tiefbau — werden der Berechnung zugrunde gelegt die tatsächlich gezahlten bzw. nachgewiesenen Lohnsummen. Bei der Versicherungsanstalt der Glas-Berufsgenossenschaft ist zu entrichten für je 1000 Mk. Lohnsumme eine Gebühr von 0,50 Mk. Ein besonderer Gefahrentarif ist für diese Anstalt nicht aufgestellt, der Anstaltsvorstand ist aber ermächtigt, bis zur Aufstellung eines Gefahrentarifs die zu zahlende Prämie bis auf den dreifachen Betrag zu erhöhen.

Zwei Faktoren werden von der Versicherungsanstalt der Tiefbau-Berufsgenossenschaft der Prämienberechnung zugrunde gelegt: Lohn und Gefahr. Die Löhne werden jedoch nur für Betriebe, die bis zu 50 000 Mk. Lohnsummen nachgewiesen haben, in voller Höhe zur Anrechnung gebracht. Bei Betrieben, die über 50 000 Mk. an Gehalt und Löhne zahlen, wird für die Beitragsberechnung nicht der volle Betrag in Rechnung gestellt. Dieser außer Betracht bleibende Lohnteil erhöht sich bei steigender Lohnsumme nach folgender Skala:

Es sind Betriebe mit einer Gehalts- und Lohnsumme

bis zu 50 000 Mk. mit	100 %
von 50 000 Mk. bis 150 000 Mk. (für je 10 000 um 1 % weniger) mit	100—90 %
von 150 000 Mk. bis 300 000 Mk. (für je 15 000 Mk. um 1 % weniger) mit	90—80 %
von 300 000 Mk. bis 600 000 Mk. (für je 30 000 Mk. um 1 % weniger) mit	80—70 %
von 600 000 Mk. bis 1 000 000 Mk. (für je 40 000 Mk. um 1 % weniger) mit	70—60 %
über 1 000 000 Mk. (für je 40 000 Mk. um 1 % weniger) mit.	60 %

beitragspflichtig.

Die zu zahlende Grundprämie wird errechnet, indem ein Betrag von 2 % der nach vorstehenden Grundsätzen ermittelten Lohnsumme mit der Gefahrenziffer des Betriebes vervielfältigt wird. Die Gefahrenziffer beträgt:

1. für Tiefbauten aller Art ohne Maschinenbetrieb, soweit sie nicht unter 3 fallen und für Hochbauten	1,00
2. für Tiefbauten aller Art mit Maschinenbetrieb, soweit sie nicht unter 3 fallen	1,20
3. für Tiefbauten aller Art in bewohnten Orten.	1,50

Diese Gefahrenziffern können unter bestimmten Voraussetzungen erhöht werden, z. B. bei Schieß- und Sprengarbeiten durch einen Zuschlag bis zu 0,20, bei nachgewiesener Nichtbeachtung der Unfallverhütungs- oder sonstiger gesetzlicher oder polizeilicher Vorschriften durch einen Zuschlag bis zu 0,30 Mk. usw.

Aus einem Prämienvergleiche zwischen Glas- und Tiefbau ergibt sich, daß die bei Glas im Höchstfalle zu zahlende Prämie immer noch erheblich unter dem vom Tiefbau erhobenen Mindestsatz zurückbleibt. Das Haftpflichtrisiko bei den zu der Tiefbau-Berufs-

genossenschaft gehörigen Unternehmungen muß demnach erheblich größer sein als bei den Glasbetrieben. Unfallgefahr eines Betriebes ist zwar nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Haftpflichtrisiko, immerhin kann aber die Häufigkeit der in einer bestimmten Art von Betrieben vorkommenden Unfälle einen Anhaltspunkt für das Haftpflichtrisiko bieten. Untersucht man Glas- und Tiefbau-Berufsgenossenschaft nach dieser Richtung hin, so ergibt sich folgendes Bild:

Unfälle für die im Laufe der Jahre 1911, 1912 zum ersten Male Entschädigung gezahlt wurde auf

	1000 versicherte Personen		1000 Vollarbeiter	
	1911	1912	1911	1912
Glas	3,68	3,42	4,04	3,73
Tiefbau . . .	6,96	8,19	12,30	14,22

Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mit eigenen Versicherungsanstalten weisen mit Ausnahme von zwei Berufsgenossenschaften in der Unfallgefahr keine nennenswerten Unterschiede auf.

Auf 1000 versicherte Personen entfielen Verletzte in den Jahren

	1910	1911	1912
Ostpreußen	2,93	3,06	3,25
Brandenburg	3,14	3,89	3,14
Pommern	3,32	3,17	3,07
Schlesien	3,32	3,15	3,32
Hessau-Nassau	3,02	3,13	3,13
Großherzogtum Hessen	4,54	4,99	4.82
Oldenburg.	2,01	2,25	2,32
Reuß	2,97	4,23	3,37

Trotzdem bestehen hinsichtlich der Beitragshöhe zwischen den Versicherungsanstalten dieser Berufsgenossenschaften stellenweise erhebliche Unterschiede.

Die Prämienberechnung erfolgt bei den Versicherungsanstalten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften nach einem anderen Modus wie bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die Versicherungsanstalten der Brandenburgischen, Pommerschen, Schlesischen Berufsgenossenschaft erheben eine Grundtaxe, die nach der Grundsteuer abgestuft ist (siehe nachstehende Übersicht A).

In Ostpreußen, Hessen-Nassau, Großherzogtum Hessen, Großherzogtum Oldenburg und Reuß wird die Grundtaxe nach dem Geldwert der Jahresarbeitsleistung bemessen (siehe nachstehende Übersicht A).

Übersicht A.

Haftpflichtversicherungsbeiträge, die als Grundtaxe im voraus jährlich zu entrichten sind.

Bei einer Grundsteuer bis einschließlich Mk.	sind als Grundtaxe zu zahlen: Brandenburg Mk.	Pommern Mk.	Schlesien Mk.
10	1,00	1,00	1,00
20	—	—	1,50



Bei einer Grundsteuer bis einschließlich	sind als Grundtaxe zu zahlen: Brandenburg	Pommern	Schlesien
Mk.	Mk.	Mk.	Mk.
30	1,50	1,50	—
40	—	—	2,00
60	2,00	2,00	3,00
100	3,00	3,00	4,00
150	4,00	4,00	6,00
200	—	—	8,00
250	6,00	6,00	—
300	—	—	10,00
400	8,00	8,00	12,00
600	10,00	10,00	15,00
900	—	—	18,00
1000	12,00	12,00	—
1200	—	—	21,00
1500	14,00	14,00	24,00
2000	16,00	16,00	für je 300 Mk. Grundsteuer mehr 2 Mk. Grundtaxe.
	usw. für je 500 Mk. Grundsteuer mehr 2 Mk. Grundtaxe.		

Übersicht B.

Beiträge, die unter Zugrundelegung des Geldwertes der Jahresarbeitsleistung jährlich als Grundgebühr im voraus zu entrichten sind.

Geldwert der Jahresarbeitsleistung bis einschließlich	Grundgebühr: Ostpreußen und Hessen-Nassau	Großherzogtum Hessen	Oldenburg	Reuß j. L.
Mk.	Mk.	Mk.	Mk.	Mk.
400	1,00	1,00	0,50	0,50
800	1,50	—	—	—
1 000	—	2,00	1,00	1,00
1 200	2,00	—	—	—
2 000	3,00	4,00	2,00	—
3 000	4,00	6,00	3,00	3,00
4 000	5,00	—	4,00	—
5 000	6,00	8,00	5,00	4,00
6 000	—	—	6,00	—
7 000	8,00	—	7,00	—
8 000	—	—	8,00	—
9 000	—	—	9,00	—
10 000	10,00	—	10,00	—
12 000	—	12,00	usw. für je 1000 Mk. Geldwert 1 Mk. mehr.	6,00
14 000	12,00	—		—
20 000	15,00	14,00		7,00
30 000	18,00	16,00		8,00
40 000	21,00	usw. für je 10 000 Mk. mehr 2 Mk. Zuschlag.		usw. für je 10 000 Mk. mehr tritt eine Erhöhung um 1 Mk. ein.
50 000	24,00			
usw. für je 10000 Mk. Geldwert mehr sind zu zahlen 3 Mk.				

Aus den vorstehenden Übersichten geht hervor, daß einmal sowohl bei Bemessung der Prämie nach der Grundsteuer wie auch unter Zugrundelegung des Geldwertes der Jahresarbeitsleistung die mittleren und kleineren Betriebe im Verhältnis erheblich höher belastet sind als die Großbetriebe. Anderseits bestehen aber auch in

Höhe der Belastung gleicher Betriebsgrößen recht nennenswerte Unterschiede zwischen den einzelnen Anstalten. Eine Begründung für diese unterschiedliche Behandlung findet sich nirgends, die Prüfung des zur Verfügung stehenden Materials hat auch keine Anhaltspunkte gegeben, aus denen sich eine ungleiche Staffelung rechtfertigen ließe.

Reservefonds.

Die Satzungen sämtlicher Anstalten schreiben vor, daß ein Reservefonds zu bilden ist. Bei der Anstalt der Glas-Berufsgenossenschaft muß der Überschuß jeden Jahres ganz an den Reservefonds überwiesen werden, bis dieser den Betrag von 30 000 Mk. erreicht hat. Von diesem Zeitpunkt ab wird der Reservefonds alljährlich weiter mit der Hälfte des Überschusses dotiert, bis 100 000 Mk. im Reservefonds liegen.

Die Satzung der Tiefbau-Berufsgenossenschaft besagt:

„Jährlich sind 15 % der Prämien in den Reservefonds abzuführen, bis dieser eine Höhe erreicht hat, die dem Gesamtbedürfnis der letzten fünf Jahre gleichkommt."

Bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft ist hierdurch eine größere Beweglichkeit gegeben, und es besteht namentlich auch bei weiterer Ausdehnung der Versicherung die Möglichkeit, den Reservefonds ohne weiteres den wirtschaftlichen Bedürfnissen anzupassen. Unter den Anstalten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft können wir hinsichtlich der Ansammlung des Reservefonds zwei Gruppen unterscheiden:

1. Anstalten, die außer dem Reservefonds noch einen sogenannten Betriebsfonds[1]) bilden — Brandenburg, Hessen-Nassau, Großherzogtum Hessen und Oldenburg —.
2. Anstalten, die nur einen Reservefonds haben — Ostpreußen, Schlesien, Reuß —.

Die Anstalten mit besonderen Betriebsfonds führen an diesen jährlich einen Betrag von 10 % der Verwaltungskosten und der auf jedes Jahr entfallenden Zahlungen so lange ab, bis der Betriebsfonds zuzüglich der jährlichen Einnahmen an Grundtaxen auf eine den Gesamtbedürfnissen eines Rechnungsjahres an Verwaltungskosten und Ersatzbeträgen entsprechende Summe nach dem Durchschnitt der jeweilig zuletzt abgelaufenen drei Rechnungsjahre gebracht ist. Gleichzeitig werden ebenfalls 10 % für den Reservefonds zurückgestellt. Sobald aber der Betriebsfonds die satzungsmäßige Höhe erreicht hat, sind jährlich 15 % des Jahresbedarfs zu dem Reservefonds abzuführen, bis der Reservefonds eine Höhe erreicht hat, die dem Gesamtbedürfnis der jeweilig letzten fünf Jahre gleichkommt.

Oldenburg weist insofern eine Besonderheit auf, als die Höhe des Reservefonds satzungsgemäß zunächst auf 15 000 Mk. festgesetzt ist; 10 % der Einnahmen aus Grundtaxe und die gesamten Jahresüberschüsse werden dem Reservefonds bis zur Erreichung der genannten Höhe überwiesen. Eine weitere Erhöhung des Reservefonds bis auf

[1]) Neuerdings in Wegfall gekommen.

25 000 Mk. ist vorgesehen, sofern die Einnahmen eines Jahres den Ausgabebedarf übersteigen, der sich ergebende Überschuß fließt dem Reservefonds zu.

Die Anstalten ohne besondere Betriebsfonds weisen in den Bestimmungen über die Ansammlung der Reservefonds fast wörtliche Übereinstimmungen auf. Durchweg ist ein Betrag in Höhe von 15 % der Einnahmen an Grundtaxe einschließlich der Beiträge für Schußwaffenversicherung an den Reservefonds abzuführen, außerdem fließen die verfügbaren Jahresüberschüsse in den Reservefonds. Der Reservefonds soll auf eine Höhe gebracht werden, die dem Gesamtbedürfnis der Anstalt in den letzten fünf Jahren gleichkommt. Ist dieser Status erreicht, so fallen in Ostpreußen und Reuß weitere Überweisungen ohne weiteres fort. In Schlesien bedarf es hierzu erst noch eines besonderen Beschlusses der Genossenschaftsversammlung.

Die Heranziehung des Reservefonds zur Deckung eines sich aus der Jahresrechnung ergebenden Fehlbetrages darf nur in den durch die Satzung näher geregelten Fällen stattfinden. Die Bestimmungen hierüber sind nicht einheitlich.

Der Reservefonds der Glas-Berufsgenossenschaft darf nur mit Zustimmung des Genossenschaftsvorstandes angegriffen werden und nur insoweit, als der Reservefonds den Betrag von 30 000 Mk. übersteigt. Genügt die hiernach verfügbare Summe nicht, so ist die Genehmigung der Genossenschaftsversammlung einzuholen, und diese kann gestatten, daß der Reservefonds nötigenfalls gänzlich aufgebraucht wird.

Bei der Tiefbauanstalt dagegen darf der Reservefonds niemals völlig, sondern mit Genehmigung des Genossenschaftsvorstandes nur mit der Hälfte seines Bestandes zur Schadensdeckung herangezogen werden.

Die Anstalten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften verlangen zum Teil in verlustreichen Jahren grundsätzlich zunächst Nachschüsse der Versicherten, so: Brandenburg, Hessen-Nassau, Großherzogtum Hessen. Im übrigen darf auch bei den landwirtschaftlichen Anstalten im allgemeinen der Reservefonds in einem Jahre nur bis zur Hälfte seines Bestandes angegriffen werden. In der Satzung der Brandenburgischen Anstalt fehlt eine derartige Bestimmung, so daß hier dem völligen Verbrauch des Reservefonds in einem Jahre durch die Satzung keine Schranken gezogen sind.

Die erforderlichen Nachschüsse werden nach dem gleichen System aufgebracht, wie solches für die gewöhnliche Beitragszahlung bei den einzelnen Anstalten Anwendung findet. Der gleiche Prozentsatz, z. B. 1 %, der für Nachschüsse in Brandenburg und Hessen-Nassau vorgesehen ist, hat aber finanziell eine sehr verschiedene Tragweite. Denn Hessen-Nassau erhebt 1 % des Geldwertes der Jahresarbeitsleistung und in Brandenburg wird der Beitragsberechnung die Grundsteuer zugrunde gelegt. Die Folge davon ist, daß z. B. bei einer Beitragszahlung von 10 Mk. in Hessen die Nachschußzahlung 100 Mk. beträgt gegen nur 6 Mk. in Brandenburg.

Wenn auch die bisherige Entwicklung der Anstalten so günstig gewesen ist, daß weder die Reservefonds angegriffen werden mußten

noch Nachschußzahlungen stattzufinden brauchten, so hat es sich doch als zweckmäßig erwiesen, noch weitere Vorkehrungen gegen unliebsame Überraschungen zu treffen. Zu diesem Zwecke haben die Anstalten Rückversicherungsverträge abgeschlossen.

Rückversicherung.

Glas- und Tiefbau haben Rückdeckung bei guten Privatgesellschaften genommen. Die Anstalten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind zu einem auf Gegenseitigkeit beruhenden Rückversicherungsverbande zusammengetreten. Nach den für diesen Verband geltenden Bestimmungen beträgt der Selbstbehalt jeder Anstalt 5000 Mk. Alle Schadenfälle über 5000 Mk. werden nach dem Maßstabe der Grundsteuer gemeinsam getragen. Solche Anstalten also, die satzungsgemäß sonst den Geldwert der Jahresarbeitsleistung zugrunde legen, müssen bei Inanspruchnahme aus dem Rückversicherungsvertrage den auf sie entfallenden Beitragsanteil durch ein besonderes Verfahren ermitteln.

Gegen einen einheitlichen Maßstab ist an und für sich gewiß nichts einzuwenden, ob aber die Grundsteuer angesichts ihrer erheblichen Unterschiede, die in den einzelnen Provinzen mehr als 100% betragen, wirklich die gleiche Basis ist, darf füglich bezweifelt werden. Des ferneren ist das den einzelnen Anstalten aus dem Rückversicherungsvertrage erwachsende Risiko insofern ungleichmäßig, weil der Umfang der Versicherung und die für einen Schadensfall satzungsgemäß bestimmte Höhe nicht überall gleich ist. Hierüber noch einiges in dem folgenden Abschnitt.

Umfang der Versicherung.

Durch die RVO. §§ 843 bis 846 ist eine von den Anstalten namentlich im Wettbewerb mit privaten Versicherungsunternehmungen als hindernd empfundene Einschränkung gefallen. Nach § 23 des GUVG. durfte bei Haftpflichtansprüchen aus der reichsgesetzlichen Unfallversicherung nicht mehr als ⅔ durch Versicherung gedeckt werden, jetzt kann auch in diesen Fällen volle Deckung erfolgen. Es bleibt abzuwarten, ob es verständig war, soweit zu gehen. Denn es darf nicht übersehen werden, daß bei Deckung des vollen Risikos durch Versicherung bei der Anstalt ein sehr wesentlicher Antrieb für die Unternehmer, ihre besondere Aufmerksamkeit auf die Unfallverhütung zu richten, verloren geht. Überhaupt ist der den öffentlichen Anstalten zugrunde liegende Gedanke nicht ganz unbedenklich. Die Berufsgenossenschaft hat hier gewissermaßen einen Januskopf, und es ist doch wohl kein reiner Zufall, daß die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für die Provinz Sachsen, wo man mit voller Überlegung von der Errichtung einer Haftpflichtversicherungsanstalt Abstand genommen hat, eine bedeutend günstigere Unfallziffer aufweist, als die Berufsgenossenschaften, die gleichzeitig auch Haftpflichtversicherung betreiben.

Die Anstalten sind aber nicht nur dazu bestimmt, den Unternehmern Versicherung zu gewähren, mit Bezug auf die Entschädigungen, die wegen fahrlässiger Herbeiführung von Betriebsunfällen



zu leisten sind, sondern alle Fälle, für die der Versicherungsnehmer nach bürgerlichem Recht aufzukommen hat, können in Deckung genommen werden. Eine Universalhaftpflichtversicherung bieten die Anstalten ihren Mitgliedern aber nicht. Übereinstimmend besagen die Satzungen, daß ausgeschlossen von der Entschädigung die Haftpflicht wegen Beschädigungen ist, die durch Verletzung der Pflichten eines Berufes entstanden sind, den der Versicherungsnehmer neben dem Betriebe seiner bei der Haftpflichtversicherungsanstalt versicherten Unternehmungen ausübt, ferner wegen Beschädigungen von fremden Sachen, die dem Versicherten zur Benutzung, Aufbewahrung, Instandsetzung übergeben waren, oder die er sonst in Gewahrsam hatte. Auch die aus der Eigenschaft als Hauseigentümer eines nicht zu land- oder forstwirtschaftlichen Grundstücken gehörigen Hauses sich ergebende Haftpflicht wird nicht in Deckung genommen. Beschädigungen, die durch Automobile[1]) verursacht werden, fallen ebenfalls nicht unter die Versicherung. Die Satzungen sehen nicht vor, daß die vorgenannten Fälle (vgl. jedoch Seite 696 betreffend die Versicherung gewerblicher Nebenbetriebe) etwa gegen Zahlung einer besonderen Zuschlagprämie in die Versicherung eingeschlossen werden könnten. Nur bezüglich Beschädigungen durch Schußwaffen ist bei mehreren landwirtschaftlichen Anstalten die Möglichkeit einer Zusatzversicherung gegeben.

Nach alledem werden die Anstalten häufig nicht das Versicherungsbedürfnis voll befriedigen können. Personen, die außer der landwirtschaftlichen Tätigkeit noch einen anderen Beruf ausüben, sind in großem Umfange auf die Privatversicherung angewiesen. Oft wird der Wunsch, nur bei einer Stelle und dort für alle Fälle versichert zu sein, dahin führen, daß man auch mit den landwirtschaftlichen Betrieben nicht zu der Anstalt der Berufsgenossenschaft, sondern lieber dahin geht, wo man sich auch in der Eigenschaft als Hauseigentümer, Automobilbesitzer, Gewerbetreibender, Beamter usw. versichern kann.

Schon die Erwägung bei Grenzfällen, wo es zweifelhaft sein kann, ob eine Haftpflicht als Landwirt oder in anderer Eigenschaft vorliegt, sicher zu gehen, kann Veranlassung sein, dem durch die scheinbar niedrige Prämie der öffentlichen Anstalten unleugbar ausgeübten Anlockung zu widerstehen und mit einer Privatversicherung abzuschließen.

Die Leistungen der Anstalt im Schadensfalle sind stets begrenzt und wie sich aus nachstehender Übersicht ergibt, auch öfters verschieden hoch bemessen, je nachdem, ob es sich um einen Sach- oder Personenschaden handelt.

	Sachschaden Mk.	Personenschaden Mk.
Glas	20 000	20 000
Tiefbau	30 000 (gegen besond. Zuschlag bis 50 000 Mk.)	300 000

[1]) Durch Bundesratsbeschluß ist auf Grund der RVO. neuerdings genehmigt worden, daß auch das Halten von Automobilen, Wasser- und Luftfahrzeugen in die Versicherung einbezogen werden dürfen.

	Sach-schaden Mk.	Personen-schaden Mk.
Ostpreußen	60 000	100 000
Pommern	60 000	60 000
Schlesien	60 000	100 000
Brandenburg	60 000	60 000
Hessen-Nassau	60 000	100 000
Großherzogtum Hessen	60 000	60 000
Oldenburg	20 000	60 000
Reuß	60 000	60 000

Entwicklung und Ergebnisse.

Die Erfolge eines Unternehmens legen am deutlichsten davon Zeugnis ab, ob sein Vorhandensein einem wirtschaftlichen Bedürfnis entspricht, und zu welchen Folgerungen die Ergebnisse der Entwicklung berechtigen. Nicht erforderlich ist hierbei zu den einzelnen Beobachtungen kritisch Stellung zu nehmen. Es genügt vielmehr, und ist oft beredter als ein Urteil, die Tatsachen für oder gegen sich selbst sprechen zu lassen.

Im vorliegenden Falle ist zunächst von Bedeutung die Zahl der abgeschlossenen Versicherungen, sodann die Höhe der geleisteten Entschädigungen und endlich die Vermögenslage der Anstalt. Die Mitgliederzahl jeder Anstalt wird erst bedeutsam durch die Gegenüberstellung mit der Mitgliederzahl der Berufsgenossenschaft. Die Anstalten der beiden gewerblichen Berufsgenossenschaften Glas und Tiefbau weisen, wie die nachstehende Übersicht zeigt, nach Zahl nur einen verhältnismäßig kleinen Mitgliederbestand auf.

Glas.

	Berufsgenossenschaft		Versicherungsanstalt	
	Mitglieder-zahl	Lohnsummen in Mk.	Mitglieder-zahl	Lohnsummen in Mk.
1908	1009	80 140 500	126	24 593 407
1909	1046	77 546 000	126	25 220 112
1910	1028	81 638 900	131	26 060 483
1911	1031	87 957 700	134	28 817 305
1912	1075	94 581 748	138	31 186 022

Tiefbau.

	Berufsgenossenschaft		Versicherungsanstalt	
	Mitglieder-zahl	Lohnsummen in Mk.	Mitglieder-zahl	Lohnsummen in Mk.
1909	19 495	197 857 900	470	23 282 564
1910	19 161	222 699 100	514	31 515 194
1911	20 297	260 371 900	546	38 756 973
1912	20 897	266 714 070	568	44 261 987

Die Übersicht lehrt, daß bei der Glas-Anstalt die recht spärlich zunehmende Mitgliederzahl zuletzt 13 % und bei der Tiefbau-Anstalt sogar nur 2,8 % der bei der Berufsgenossenschaft versicherten Betriebe betrug. Dieses rein zahlenmäßige Ergebnis gibt aber noch kein richtiges Bild, erforderlich ist eine nähere Beleuchtung der in Betracht kommenden Lohnsummen. Nach Lohnsummen entfallen auf die Anstalt der Glas-Berufsgenossenschaft über 30 % und auf die Tiefbau-Anstalt etwa 17 % der bei den Berufsgenossenschaften nachgewiesenen



Löhne. Hieraus geht hervor, daß bei diesen beiden Anstalten vorwiegend Großbetriebe versichert sind.

Äußerst lehrreich und auch von allgemein volkswirtschaftlichem Interesse sind die Verhältnisse, wie sie sich bei den Anstalten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft entwickelt haben. Zunächst ist hier die Zahl der bei den Anstalten versicherten Mitglieder der Berufsgenossenschaft, wenn auch absolut eine ziemlich bedeutende, so doch im Verhältnis zu der Zahl der Mitglieder der Berufsgenossenschaft wie auch zu der Zahl der zu einer Berufsgenossenschaft gehörigen Betriebe recht gering zu nennen. Siehe hierüber die nachstehende Übersicht:

	Zahl der Mitglieder der Haftpflicht-Versicherungsanstalt							
	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Ostpreußen . . .	2 368	9 558	12 635	13 622	14 400	14 516	18 800	20 565
Hessen-Nassau .	10 687	13 933	16 050	18 064	19 801	21 119	22 308	22 911
Schlesien	2 326	4 793	5 624	6 223	6 890	7 629	9 861	11 119
Brandenburg . .	—	—	—	—	4 280	5 555	6 948	8 587
Pommern	—	—	—	—	5 079	6 278	7 093	7 888
Großh. Hessen .	—	—	—	8 763	8 035	8 760	8 853	10 410
„ Oldenburg	—	—	—	—	1 871	2 013	2 128	2 289

	Berufsgenossenschaft	
	Mitglieder	Betriebe
Ostpreußen	126 000	174 000
Hessen-Nassau	242 439	238 300
Schlesien	322 021	353 200
Brandenburg	182 261	237 500
Pommern	unbekannt	141 300
Großherzogtum Hessen	230 903	146 900
„ Oldenburg . . .	36 213	50 700

Zahl der Mitglieder einer Berufsgenossenschaft und Zahl der zu einer Berufsgenossenschaft gehörigen Betriebe brauchen keineswegs übereinzustimmen und stimmen meist auch nicht überein. Selbst wenn sich bei einer Berufsgenossenschaft eine Übereinstimmung zwischen Zahl der Mitglieder und der Betriebe ergeben sollte, so folgt daraus noch nicht mit zwingender Notwendigkeit, daß auf jeden Betrieb ein Unternehmer entfällt, es kann sich vielmehr um eine rein zufällige Erscheinung handeln, denn es ist nicht nur theoretisch sehr wohl möglich, sondern entspricht auch den tatsächlichen Verhältnissen, daß einerseits mehrere Betriebe in der Hand eines Unternehmers vereinigt sind, und anderseits auch bisweilen mehrere Unternehmer sich in den Besitz eines Betriebes teilen.

Im ersten Falle muß die Zahl der zu einer Berufsgenossenschaft gehörigen Betriebe größer sein als die Zahl der Mitglieder der Berufsgenossenschaft und im zweiten Falle wird umgekehrt die Zahl der Mitglieder die der Betriebe übersteigen.

Die amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts enthalten nur sehr abgerundete, sich jährlich gleichbleibende Angaben über die Zahl der Betriebe. Für die vorliegende Untersuchung waren daher besondere Ermittlungen anzustellen, jedoch nur von zwei Berufsgenossenschaften konnten die gestellten Fragen sachgemäß beantwortet werden, es sind dies Schlesien und Hessen-Nassau. Die übrigen befragten Berufsgenossenschaften teilten mit, daß sie mangels von

Mitgliederverzeichnissen keine Auskunft geben, sondern nur ungefähr schätzen könnten. Immerhin sind auch diese Schätzungen nicht ohne jede Bedeutung. Auffallend sind die in der Übersicht zutage tretenden erheblichen Unterschiede zwischen der Zahl der Mitglieder einer Berufsgenossenschaft und der bei einer Berufsgenossenschaft versicherten Betriebe. An dieser Stelle kann aber nicht des näheren darauf eingegangen werden.

Im einzelnen lehrt uns die vorstehende Übersicht, daß der Mitgliederbestand der Anstalten durchweg in ziemlich schnellem Tempo zugenommen hat. Die Zahl der in den einzelnen Provinzen bei den Anstalten noch nicht versicherten Betriebe ist aber immer noch so groß, daß auf viele Jahre hinaus sowohl den öffentlichen wie den privaten Versicherungsunternehmern ein reiches Arbeitsfeld übrig bleibt.

Im Verhältnis zu der Zahl der Mitglieder der Berufsgenossenschaft ist die Versicherung bei den Anstalten nicht sehr erheblich. Zum tieferen Eindringen müssen diese Gesamtzahlen noch weiter zerlegt werden. Hierbei kommen zwei Gesichtspunkte in Betracht.

Einmal die Inanspruchnahme der Anstalt durch die verschiedenen Betriebsgrößen und zweitens damit in Zusammenhang der Gesamtflächeninhalt der bei der Anstalt versicherten Betriebe. Für die nachfolgende Untersuchung muß auch die Statistik des Deutschen Reiches teilweise mit herangezogen werden. Dies kann namentlich soweit Mittel- und Großbetriebe in Betracht kommen, unbedenklich geschehen, denn diese Betriebsgrößen werden nicht häufig als Nebenbetriebe gewerblicher Unternehmungen zu einer gewerblichen Berufsgenossenschaft gehören. Endlich erhellt auch die Bedeutung der Haftpflichtversicherungsanstalten aus dem Verhältnis der Grundsteuern bzw. Lohnsummen, die einerseits der Beitragsberechnung für die Anstalt, anderseits der Umlage für die Berufsgenossenschaft zugrunde gelegt wurden. Da die Entwicklungstendenzen bei allen Anstalten dieselben sind, so wird es für die weitere Untersuchung genügen, wenn wir uns in der Hauptsache auf die größten Anstalten beschränken.

Die erforderlichen statistischen Beobachtungen sind leider nicht von allen Anstalten nach gleichen Gesichtspunkten erfolgt. Wenn daher auch die nachstehenden Übersichten teils etwas ungleichmäßig, teils nicht immer vergleichsfähig sind, so enthalten sie doch genügend Angaben, um ein Bild von dem früheren und gegenwärtigen Stand der Anstalten zu geben.

Übersicht I.

A. Ostpreußen.

Grundtaxe von [1])	1906	1907	1908	1909	1910	Grundtaxe von [2])	1911
0,50	3366	4308	4020	3346	3396	1,00	4908
1,00	3254	4267	4503	4645	4720	1,50	4557
2,00	1780	2459	2942	3718	3784	2,00	2973
3,00	442	624	857	979	1025	3.00	3077
4,00	245	351	481	521	569	4,00	1250

[1]) Abgestuft nach dem Geldwert der Jahresarbeitsleistung.
[2]) Seit dem Jahre 1911 neu eingeführter Tarif.

Grundtaxe von [1]	1906	1907	1908	1909	1910	Grundtaxe von [2]	1911
5,00	145	186	268	276	306	5,00	461
6,00	119	160	216	230	260	6,00	206
7,00	119	157	188	226	244	8,00	239
8,00	58	82	95	127	138	10,00	235
9,00	24	33	41	50	54	12,00	222
10,00	6	8	11	18	20	15,00	184
						18,00	173
						21,00	48
						24,00	22
						27,00	10
						30,00	5
						über 30,00	6

B. Hessen-Nassau.

Grundtaxe (Nach dem Geldwert der Jahresarbeitsleistung)	1909	1910		1911	1912
0,50	7 320	7 814	1,00	8 268	8 447
1,00	7 984	8 402	1,50	7 062	7 229
2,00	3 211	3 492	2,00	3 145	3 256
3,00	805	907	3,00	2 345	2 439
4,00	226	234	4,00	964	995
5,00	97	97	5,00	175	186
6,00	50	59	6,00	64	61
7,00	65	71	8,00	82	80
8,00	31	29	10.00	56	63
9,00	10	12	12,00	49	52
10,00	2	2	15,00	53	55
	19 801	21 119	18,00	29	30
			21,00	10	13
			24,00	3	3
			27,00	1	1
			30,00	1	1
				22 308	22 911

C. Schlesien.

Beitrag (Maßstab Grundsteuer)	1905	1906	1907	1908	1909	1910	Beitrag	1911	1912
1,00	809	1677	1890	2059	2287	2419	1,00	3124	3368
1,50	864	1813	2067	2210	2483	2731	1,50	2364	2717
2,00	345	699	817	918	1006	1130	2,00	1954	2247
3,00	116	247	307	345	383	448	3,00	793	940
4,00	42	76	103	119	135	162	4,00	543	627
6.00	30	65	96	114	126	147	6,00	192	234
8,00	29	58	87	96	110	134	8,00	100	113
10,00	25	47	68	75	97	131	10.00	139	142
12,00	31	51	90	108	129	167	12,00	101	111
14.00	19	34	60	75	85	103	15,00	145	172
16,00	7	12	19	21	25	31	18.00	168	186
18,00	6	8	10	13	13	13	21,00	116	127
20,00	2	2	2	2	3	4	24,00	57	62
22,00	1	3	4	4	4	4	27,00	26	29
24,00	—	—	1	1	1	2	30,00	12	15
26,00	—	1	2	2	2	2	33,00	13	14
28,00	—	—	1	1	1	1	36,00	2	2
							39,00	6	6
							45,00	2	2
							48,00	—	1
							52,00	2	2
							54,00	2	—
							57,00	—	2

[1] [2] Siehe Anmerkungen auf S. 707.

D. Brandenburg.

Beitrag (Maßstab Grundsteuer) Mk.	1909 Betriebe	1910 Betriebe	1911 Betriebe	1912 Betriebe
1,00	1812	2224	2627	3184
1,50	1651	2158	2694	3260
2,00	580	800	1058	1374
3,00	118	189	293	403
4,00	27	47	74	112
6,00	17	26	42	54
8,00	14	21	30	36
10,00	16	22	26	31
12,00	18	27	38	50
14,00	9	14	27	31
16,00	3	7	10	16
18,00	8	10	15	17
20,00	2	3	5	7
22,00	1	2	3	4
24,00	1	2	2	3
26,00	2	2	2	2
28,00	—	1	1	1
32,00	1	1	1	1
34,00	—	—	—	1

E. Oldenburg.

Grundtaxe (nach dem Geldwerte der Jahresarbeitsleistung)	1909	1910	1911	1912
0,50	33	51	67	96
1,00	154	218	254	298
2,00	435	537	584	632
3,00	586	549	590	609
4,00	491	483	497	518
5,00	135	141	146	141
6,00	26	24	25	20
7,00	6	5	5	3
8,00	—	1	1	3
9,00	1	2	2	—
10,00	2	1	1	2
12,00	1	—	—	4
15,00	—	—	—	3
18,00	—	—	—	1
19,00	1	1	1	1
	1871	2013	2173	2331

F. Pommern.

Beitragsklasse von Mk. (Maßstab Grundsteuer)	1912 Betriebe	Beitragsklasse von Mk. (Maßstab Grundsteuer)	1912 Betriebe
1,00	3646	10,00	71
1,50	2953	12,00	87
2,00	824	14,00	49
3,00	278	16,00	16
4,00	111	18,00	5
6,00	64	20,00	2
8,00	56	22,00	2

Bemerkenswert ist in Übersicht I die verhältnismäßig große Zahl kleiner Betriebe, die bei Errichtung der Anstalt und in den ersten Jahren des Bestehens eine Versicherung abgeschlossen haben. Man

wird in der Annahme kaum fehl gehen, daß diese Betriebe im Gegensatz zu größeren Unternehmungen damals überhaupt noch nicht gegen Haftpflicht versichert waren, und deswegen um so leichter für die öffentliche Anstalt gewonnen werden konnten. Abgesehen von einigen geringfügigen Abweichungen fällt die absolute Zahl der versicherten Betriebe durchweg mit der steigenden Betriebsgröße. Dagegen läßt sich die Tendenz verfolgen, daß der Prozentsatz der von den im Bezirke der Anstalt überhaupt vorhandenen Betriebsgrößen versicherten Betriebe mit wachsender Betriebsgröße steigt.

So berichtet Hessen-Nassau, daß versichert waren nach Gruppen geordnet:

	1910
Zwergbetriebe (bis zu $2^1/_2$ ha)	3,27 %
Kleinbetriebe ($2^1/_2$ bis 10 ha)	18,45 %
Mittelbetriebe (10 bis 25 ha)	26,57 %
Großbetriebe (über 25 ha)	35,24 %

und zwar entfallen auf

	1909	1910	1911	1912
Kleinbetriebe (bis 10 ha)	15 863	16 820	17 658	18 086
Mittelbetriebe (10 bis 25 ha)	3 071	3 357	3 572	3 686
Großbetriebe (über 25 ha)	867	942	1 078	1 139

Wenn auch in der vorstehenden Betriebseinteilung sowohl von der sonst in der Statistik üblichen Gliederung wie auch von der von dem Reichsversicherungsamt aufgestellten Unterscheidung: Kleinbetriebe (1 bis 9,99 ha), Mittelbetriebe (10 bis 99,99 ha) und Großbetriebe (100 ha und darüber) abgewichen wird, so sind die für Hessen-Nassau gemachten Angaben immerhin von Bedeutung für die Beurteilung der öffentlichen Haftpflichtversicherung.

Vergleichsfähig mit den Zahlen anderer Anstalten, die ebenfalls für sich eine Sondereinteilung in Betriebsgrößen vornehmen, sind sie allerdings nicht.

So teilt Schlesien die Betriebe ein in Kleinbetriebe bis 15 ha, Mittelbetriebe bis 75 ha und Großbetriebe über 75 ha.

Auf die einzelnen Betriebsgrößen entfielen in Schlesien der Zahl nach folgende Versicherungen:

	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Kleinbetriebe	1673	3490	3957	4329	4770	5150	5488	6085
Mittelbetriebe	503	1022	1227	1382	1524	1740	3482	4048
Großbetriebe	150	281	440	512	596	739	891	986

Nach dem Jahresbericht der Schlesischen Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft ist ein Hektar im Durchschnitt der Provinz zu 2 Mk. Grundsteuer veranlagt, daher läßt sich durch Umrechnung feststellen, daß von den Großbetrieben mit über 100 ha Flächeninhalt etwa 30 % bei der Anstalt versichert sind, auf großbäuerliche Betriebe entfallen ungefähr 13 % und auf die Kleinbetriebe, ohne Berücksichtigung der Zwergbetriebe mit weniger als $1/2$ ha, nur 3,2 %.

Brandenburg zählt unter den versicherten Betrieben:

	1909	1910	1911	1912
Kleinbetriebe bis zu 10 ha	1812	2224	2627	3184
Mittelbetriebe bis zu 100 ha . . .	2349	3147	4045	5037
Großbetriebe mit über 100 ha . .	119	184	276	366

Von den Großbetrieben sind hiernach versichert . . . 18,2 %
„ „ Mittelbetrieben „ „ „ . . . 11,9 %
„ „ Kleinbetrieben „ „ „ . . . 2,4 %

Sowohl absolut wie relativ bleiben die Zahlen von Brandenburg hinter denen der 3 anderen Anstalten zurück.

Die absolute Zunahme des Versicherungsbestandes ist bei allen Anstalten eine recht bedeutende zu nennen.

Angesichts der erheblichen Zahl versicherter Kleinbetriebe ist das Urteil Meyers:[1])

„Die ganz kleinen landwirtschaftlichen Betriebsunternehmer haben aber gar nicht den Wunsch, gegen Haftpflicht versichert zu werden. Für sie ist die Haftpflichtversicherung tatsächlich auch nur in sehr beschränktem Maße Bedürfnis, denn da sie wenig besitzen, werden Haftpflichtansprüche gegen sie auch nur sehr selten geltend gemacht.“

Wohl etwas voreilig und mehr gefühlsmäßig als auf wissenschaftlicher Erforschung beruhend. Obgleich doch, abgesehen von den Beobachtungen in anderen Provinzen,[2]) schon eine Beschäftigung mit den eigenen ostpreußischen Verhältnissen ein anderes Urteil hätte zeitigen können. Denn während in Ostpreußen auf Großbetriebe mit 9 und 10 Mk. Grundtaxe im Zeitraum von 1905 bis 1910 eine Einnahme von 2358,00 Mk. und 642,45 Mk. Ausgabe entfallen, verursachten die Kleinbetriebe mit 0,50 und 1,00 Mk. Grundtaxe eine Ausgabe in Höhe von 10 825 Mk., denen 31 058 Mk. Einnahme während des gleichen Zeitraumes gegenüberstehen. Demnach sind sowohl absolut wie auch relativ erheblich höhere Aufwendungen für Klein- als für Großbetriebe festzustellen, was zu der Behauptung berechtigt, daß auch für die Kleinbetriebe ein nicht zu unterschätzendes Versicherungsbedürfnis vorliegt. Die bedeutende Zahl versicherter Kleinbetriebe in Hessen-Nassau spricht ebenfalls gegen die *Meyer*sche Auffassung.

Die in Übersicht I gegebenen Zahlen über die Beteiligung der verschiedenen Größenklassen an der Versicherung veranschaulichen auch die Unterschiede der Grundbesitzverteilung in den einzelnen Provinzen. Namentlich Hessen-Nassau auf der einen und Ostpreußen auf der anderen Seite stehen sich hier gegenüber. So finden wir z. B. in Hessen-Nassau nur 118 Betriebe, die eine Grundtaxe von 10 Mk. und darüber entrichten, in Ostpreußen beträgt die Zahl dieser Betriebe aber 909. Solche Unterschiede in der Zahl der versicherten Betriebe

[1]) *Meyer*, Denkschrift betr. die Entstehung, Errichtung und Entwicklung der Haftpflichtversicherungsanstalt der Ostpr. landw. Berufsgenossenschaft. Königsberg 1910.

[2]) In Pommern waren in den Jahren 1909 bis einschl. 1912 Aufwendungen für Schadensfälle zu machen: für die beiden kleinsten Betriebsgrößen 18 119 Mk. und für die beiden größten Betriebsgrößen 571 Mk.

gibt es nicht nur zwischen den einzelnen Provinzen, sondern auch innerhalb der Provinz weisen die verschiedenen Kreise eine sehr ungleiche Beteiligungsziffer auf. Hierüber gibt die als Anhang beigefügte Übersicht Seite 716 näheren Aufschluß.

Außer der Zahl der versicherten Betriebe und der Beteiligung der einzelnen Größenklassen müssen bei einer Beurteilung der Bedeutung der Anstalt auch noch zwei andere Faktoren berücksichtigt werden. Diese sind:

Der Gesamtflächeninhalt der versicherten Betriebe und die Summe der für die Beitragsberechnung in Anrechnung gebrachten Löhne oder Grundsteuern.

Übersicht II.

Flächeninhalt der bei der Anstalt versicherten Betriebe.

	Gesamtfläche der Land- u. Forstbetriebe ha	Zur Berufsgenossenschaft gehören	Bei den Haftpflichtversicherungsanstalten versichert ha	In den Jahren
Ostpreußen	3 515 546	angeblich unbekannt	angeblich unbekannt	
Hessen-Nassau . . .	1 409 655	etwa 1 237 280	271 705	1912
			264 216	1911
			241 869	1910
			227 871	1909
			208 094	1908
			180 433	1907
			154 311	1906
			118 262	1905
Brandenburg	3 716 933	etwa 3 352 379	?	1912
			etwa 230 929 Diese Zahl ergibt sich unter Zugrundelegung von 1 Mk. Grundsteuer auf 1 ha Land, s. über 1910.	1911
Schlesien	3 862 364	3 729 487	579 884	1912
			530 141	1911
			457 263	1910
			392 969	1909
			384 129	1908
			323 208	1907
			179 951	1906
			91 552	1905

Übersicht III.

Ausdehnung der Anstalten nach den der Beitragsberechnung zugrunde gelegten Geldbeträgen.

	Der Beitragsrechnung wurden zugrunde gelegt		
	bei der Berufsgenossenschaft Mk.	bei der Haftpflichtversicherungsanstalt Mk.	in den Jahren
Ostpreußen . . . . . etwa (Wert der Jahresarbeitsleistung)	96 000 000	36 000 000	1912
		31 000 000	1911
		29 000 000	1910
		24 800 000	1909
		22 726 000	1908
		18 951 000	1907
		13 944 000	1906
		6 081 000	1905

	Der Beitragsrechnung wurden zugrunde gelegt		
	bei der Berufsgenossenschaft Mk.	bei der Haftpflichtversicherungsanstalt Mk.	in den Jahren
Hessen-Nassau . . . . . . (Geldwert der Jahresarbeitsleistung)	89 416 834	20 424 336	1912
	89 401 766	19 792 214	1911
	89 366 787	18 640 284	1910
	89 177 518	17 417 460	1909
	88 909 117	15 898 698	1908
	89 122 309	13 469 042	1907
	83 523 380	11 453 669	1906
	83 569 152	8 632 760	1905
Brandenburg . . . . (Grundsteuern)	3 757 292	399 122	1912
	3 757 983	328 945	1911
	3 728 272	230 929	1910
	3 718 933	163 117	1909
Schlesien . . . . (Grundsteuern)	5 674 046	913 673	1912
	5 700 658	824 680	1911
	5 625 699	657 992	1910
	5 598 518	546 595	1909
	5 589 070	477 926	1908
	5 583 672	417 279	1907
	5 576 848	277 461	1906
	5 573 931	153 515	1905

Während rein zahlenmäßig der Prozentsatz der versicherten Betriebe bei den einzelnen Anstalten nur ungefähr 3 bis 10 % beträgt, ist, wie sich aus vorstehenden Übersichten ergibt, dem Flächeninhalt nach bedeutend mehr versichert. Am ungünstigsten steht hier wieder Brandenburg mit etwa 6 %; es folgen Schlesien mit 15 % und Hessen-Nassau mit etwa 20 %. Die Verwaltung der ostpreußischen Anstalt leitet aus der Tatsache, daß für die Beitragsleistung bei der Versicherungsanstalt mehr als ein Drittel des bei der Berufsgenossenschaft nachgewiesenen Wertes der Jahresarbeitsverdienst zugrunde gelegt wird, die Annahme her, es müßten demgemäß auch die der Haftpflichtversicherungsanstalt angehörigen Betriebe mehr als ein Drittel der gesamten landwirtschaftlich genutzten Flächen der Provinz umfassen. Diese Folgerung ist jedoch nicht im vollen Umfange und nur bedingt richtig, wie sich aus folgender Überlegung ergibt:

Der Geldwert der Jahresarbeitsleistung wird berechnet nach dem Flächeninhalt, jedoch nicht in der Weise, daß z. B. auf je 10 ha an Geldwert der Jahresarbeitsleistung festgesetzt werden je 400 Mk., sondern der Geldwert der Jahresarbeitsleistung übersteigt bei Großbetrieben erheblich den für Klein- und Mittelbetriebe geltenden Einheitssatz von etwa 400 Mk. auf 10 ha. So beträgt z. B. der Geldwert der Jahresarbeitsleistung eines Gutes von 280 ha 20 000 Mk. an Stelle von 11 200 Mk., die unter Zugrundelegung vorstehend genannter 400 Mk. zu errechnen wären, und ein Einzelbesitz in der Größe von 650 ha wird bewertet auf 40 000 Mk. Geldwert der Jahresarbeitsleistung gegen 26 000 Mk., die für den gleichen Flächeninhalt von 65 Kleinbetrieben als Wert der Jahresarbeitsleistung anzusetzen wären. Daraus geht hervor, daß der Geldwert der Jahresarbeitsleistung keine Größe ist, deren Teilung ohne weiteres einen Rückschluß auf den zugehörigen

Flächeninhalt zuläßt. Je stärker die Beteiligung der Großbetriebe an der Haftpflichtversicherungsanstalt ist, um so weniger sind die Zahlen über den Geldwert der Jahresarbeitsleistung für eine Errechnung des räumlichen Umfanges der Haftpflichtversicherung brauchbar. Hierzu sind genauere Untersuchungen erforderlich, als solche bisher von der ostpreußischen Anstalt durchgeführt wurden.

Bei den hier in Rede stehenden Ermittlungen darf endlich auch die Häufigkeit der bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mitversicherten gewerblichen Betriebe nicht übersehen werden, deren Zahl z. B. in Schlesien über 12 000 beträgt.

Von den beiden Anstalten, für die genauere Aufzeichnungen über die Zunahme des versicherten Flächeninhalts vorliegen — Hessen-Nassau und Schlesien — weist Schlesien ein ungleich stärkeres Wachstum als Hessen-Nassau auf. In Schlesien stieg der Flächeninhalt von 91 552 ha im Jahre 1905 auf 579 884 ha im Jahre 1912. Hessen-Nassau dagegen, das mit 118 262 ha im Jahre 1905 bereits um 26 740 ha größer war als Schlesien, hat es bis zum Jahre 1912 erst auf 271 705 ha gebracht. Schlesien weist eine Versechsfachung und Hessen-Nassau nur wenig mehr als eine Verdoppelung des Anfangsbestandes auf.

Trotzdem sind in Hessen-Nassau versichert 22 % und in Schlesien nur 15 % des in Betracht kommenden Gebietes. Besonders zu beachten ist aber, daß die Zahl der versicherten Betriebe in Hessen-Nassau doppelt so groß ist als in Schlesien. Hierin spiegelt sich die unterschiedliche Struktur der Besitzverteilung in den beiden Provinzen wider. In Schlesien entfallen im Durchschnitt auf jeden versicherten Betrieb 52 ha und in Hessen-Nassau etwas über 11 ha. Dort viel Großbetriebe, hier vorwiegend Klein- und Mittelbetriebe.

Die für die Beitragsberechnung in Betracht kommenden Geldwerte des Jahresarbeitsverdienstes und die Grundsteuern weisen bei allen Anstalten eine Entwicklung auf, die mit der besprochenen Zunahme des Flächeninhalts parallel läuft. Wie aus Übersicht III hervorgeht, handelt es sich auch in diesem Falle immer nur um Bruchteile der für die Beitragsberechnung bei den Berufsgenossenschaften zugrunde gelegten Beträge.

Hessen-Nassau und Ostpreußen weisen in der Höhe der Jahreswerte der Jahresarbeitsleistungen, die der Beitragsberechnung für die Berufsgenossenschaft zugrunde gelegt werden, keine nennenswerten Unterschiede auf; obwohl Ostpreußen an Flächeninhalt dreimal so groß ist wie Hessen-Nassau, beläuft sich der Wert des Jahresarbeitsverdienstes in Ostpreußen doch nur auf 7 % mehr als in Hessen-Nassau. Die Zahl der hauptberuflich in der Landwirtschaft Erwerbstätigen betrug 1907 in Ostpreußen 514 622 gegen 3 232 252 in Hessen-Nassau. Bei der Berufsgenossenschaft sind versichert in dem einen Falle 745 000 und im anderen Falle 697 000. Diese Angaben geben sowohl Anhaltspunkte hinsichtlich der Löhne, die demnach in Ostpreußen erheblich niedriger sind als in Hessen-Nassau, als auch für die Beurteilung des Einflusses der Grundbesitzverteilung auf die Bevölkerungsdichtigkeit und die Menge der für die Landwirtschaft benötigten Arbeitskräfte.

Die finanzielle Entwicklung der Anstalten darf bei ihrer Eigenart nicht mit dem gleichen Maßstab gemessen werden, der bei der Beurteilung anderer Versicherungsunternehmungen angelegt zu werden pflegt. Wollte man dennoch die gleichen Gesichtspunkte gelten lassen, so würde allerdings die Vermögenslage und volkswirtschaftliche Bedeutung der öffentlichen Haftpflichtversicherung gegenüber der Privatversicherung sehr stark in den Hintergrund treten. Sieht man aber von einem solchen Vergleiche ab, so kann die finanzielle Entwicklung immerhin befriedigend genannt werden.

Dieses verhältnismäßig günstige Resultat ist vor allem dem günstigen Zufall zu verdanken, daß die Anstalten bisher von der Inanspruchnahme durch größere Schäden bewahrt geblieben sind. Es bleibt abzuwarten, ob die der öffentlichen Versicherung als Besonderheit nachgerühmte „innere Werbekraft" sich als tatsächlich vorhanden erweisen wird, wenn von den Versicherten in Gestalt von Nachschüssen erst einmal erhebliche Opfer gefordert werden. Zur Veranschaulichung der Finanzgebahrung diene die nachfolgende Übersicht, in der die Zahlen für das erste und letzte Berichtsjahr gegeben werden.

		Gesamteinnahmen in Mk.	Ausgaben in Mk.	Davon für Schäden und Reserven in Mk.	Verwaltungskosten in Mk.	Höhe der Reserve- und Betriebsfonds in Mk.
Glas	1908	4 597	436	—	325	—
	1912	16 049	7 428	2 609	1 133	59 731
Tiefbau	1909	47 504	26 412	15 461	3 746	—
	1912	101 755	73 914	42 293	6 855	51 439
Ostpreußen	1905	5 168	2 022	407	1 200	—
	1912	55 000	35 000	30 000	5 000	100 000
Hessen-Nassau	1905	13 380	6 643	4 155	1 381	—
	1912	—	—	—	—	—
Großherzogt. Hessen	1908	21 900	6 415	843	2 436	—
	1912	25 596	16 323	9 604	4 499	74 736
Schlesien	1906	10 089	4 986	2 511	2 474	—
	1912	—	—	—	—	—
Brandenburg	1910	10 599	5 322	1 302	3 004	—
	1912	18 583	16 545	2 939	3 901	29 223
Pommern	1909	9 402	9 064	5 808	1 702	—
	1912	26 950	26 061	21 203	2 512	20 330
Oldenburg	1909	5 943	1 971	990	1 864	—
	1912	7 824	3 421	3 187	907	[1]) 63 876

Aus der vorstehenden Übersicht geht hervor, daß mit Ausnahme von Pommern die Ausgaben in ungleich stärkerem Maße gestiegen sind als die Einnahmen. Auch die Verwaltungskosten weisen ein erhebliches Anwachsen auf und stehen namentlich in Ostpreußen und Brandenburg nicht in dem richtigen Verhältnis zu den übrigen Bilanz-

[1]) Einschließlich einer Zuwendung von 14 918 Mk. der Oldenburger Haftpflichtversicherungsgesellschaft i. Liqu.

posten. Bemerkenswert ist, daß an der Spitze der Einnahmen Ostpreußen steht, dagegen hat die größten Ausgaben Hessen-Nassau zu verzeichnen. Die Ausgabeziffern lehren unter Berücksichtigung der gegebenen Übersicht, daß die Ausgaben in enger Beziehung zu der Zahl der Mitglieder stehen. Der räumliche Umfang des unter die Versicherung fallenden Gebietes übt dagegen keinen wesentlichen Einfluß auf die Ausgaben aus. Es kommt vielmehr darauf an, welche Größenklassen unter den versicherten Betrieben besonders häufig vertreten sind. Damit in Zusammenhang steht wieder, wie wir sahen, die Zahl der beschäftigten Personen, und diese ist es, die je nach ihrer Verteilung auf den gleichen Flächeninhalt das Haftpflichtrisiko neben anderen Umständen mitbestimmt.

Hessen-Nassau und Brandenburg, nach Flächeninhalt nur wenig verschieden, zeigen hinsichtlich der Ausgaben einen erheblichen Unterschied. Ursache für die größeren Ausgaben Hessen-Nassaus ist die stärkere Mitgliederzahl. Auch Schlesien, obwohl an versichertem Flächeninhalt das Doppelte von Hessen-Nassau aufweisend, hat nur die Hälfte der Ausgaben; der Grund wird hier gleichfalls in der auch halb so großen Mitgliederzahl zu suchen sein.

Zu weiteren Folgerungen sowie namentlich zu einer Prüfung der Angemessenheit der für die einzelnen Größenklassen festgesetzten Beiträge reicht das gegenwärtig vorhandene Material nicht aus.

Verteilung der Mitglieder auf die einzelnen Sektionen (Kreise).

	1910	1911	1912
Brandenburg:			
Angermünde	151	203	215
Arnswalde	108	122	130
Beeskow-Storkow . . .	183	220	242
Calau	192	240	268
Cottbus	144	182	231
Crossen	70	97	116
Friedeberg	259	342	390
Guben	381	452	482
Jüterbog-Luckenwalde .	239	312	887
Königsberg	126	163	187
Landsberg	129	150	166
Lebus	154	177	218
Luckau	436	573	680
Lübben	422	439	515
Niederbarnim	48	74	125
Oberbarnim	44	65	88
Osthavelland	76	128	200
Ostpriegnitz	177	244	310
Ost-Sternberg	254	301	348
Prenzlau	98	120	125
Ruppin	138	180	194
Soldin	100	180	196
Sorau	184	201	267
Spremberg	16	27	29
Teltow	89	140	156
Templin	88	95	100
Westhavelland	114	161	220
Westpriegnitz	518	596	678
West-Sternberg	106	123	129
Zauch-Belzig	342	405	441
Züllichau-Schwiebus . .	162	207	223

Hessen-Nassau:	1910	1911	1912
Kassel	272	299	307
Eschwege	516	513	520
Frankenberg	687	690	689
Fritzlar	374	399	416
Fulda	275	313	327
Gelnhausen	679	722	735
Gersfeld	505	519	553
Hanau	499	539	556
Hersfeld	518	587	593
Hofgeismar	679	676	692
Homberg	541	610	629
Hünfeld	491	524	543
Kirchhain	390	390	406
Marburg	723	736	775
Melsungen	430	453	503
Rinteln	784	850	899
Rotenburg a. F.	436	474	492
Schlüchtern	394	440	460
Schmalkalden	236	236	248
Witzenhausen	231	251	280
Wolfhagen	352	386	391
Ziegenhain	317	361	387
Wiedenkopf	1320	1388	1408
Dill	1747	1761	1776
Frankfurt a. M.	52	78	79
St. Goarshausen	686	716	728
Höchst a. M.	190	206	208
Limburg a. L.	611	696	721
Oberlahn	1049	1119	1134
Obertaunus	116	137	141
Oberosterwald	549	586	598
Rheingau	278	277	279
Unterlahn	697	750	775
Untertaunus	644	725	755
Unterwesterwald	381	380	380
Usingen	639	667	671
Westerburg	779	763	750
Wiesbaden	248	276	297
Der Eder	349	364	368
Des Eisenbergs	205	208	200
Der Twiste	202	211	208

(Die Stadtkreise sind in der Übersicht nicht enthalten.)

Die Haftpflichtversicherungsanstalten könnten dieses lückenhafte Material durch entsprechende Beobachtungen unschwer ergänzen und durch systematische Statistiken nicht nur für den eigenen Geschäftsbetrieb nützliches schaffen, sondern auch im Interesse der Versicherten nachprüfen, ob das gegenwärtige Tarifsystem den Forderungen der Billigkeit und Gerechtigkeit entspricht. Hand in Hand damit sollten die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ebenfalls an eine planmäßige Erforschung der Unfallhäufigkeit in den verschiedenen Betriebsgrößen und Betriebsarten gehen, um daraufhin durchweg Gefahrentarife aufzustellen.

Die Versicherungs-Wissenschaft würde durch derartige Arbeiten eine wesentliche Bereicherung erfahren.

Rechtsprechung.

Entscheidungen auf dem Gebiet des privaten Versicherungswesens.

Von A. Petersen, Regierungsrat im Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung (Berlin).

Unfallversicherung.

Die bei der Unfallversicherung immer von neuem auftauchenden Zweifel und Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Beziehung — man denke nur an die Fragen des ursächlichen Zusammenhangs und des Unfallbegriffs — haben zur Folge, daß gerade mit diesem Zweig des Versicherungswesens die Rechtsprechung besonders häufig befaßt wird. Die Rücksicht auf den zur Verfügung stehenden Raum gebietet daher, die nachfolgende Berichterstattung auf die wichtigsten der ergangenen Urteile zu beschränken und im übrigen auf den Inhalt der Entscheidungen Bezug zu nehmen, bei möglichster Vollständigkeit in den Quellenangaben.

Anzeigepflicht.

Abgesehen von den bereits früher (Bd. XIII S. 245 ff.) erwähnten Urteilen sind noch die folgenden bemerkenswert:

1. Gelegentliches Mitarbeiten im Betrieb.

(RG. vom 6. XII. 1912. Wallmanns VZ. 1912/13 S. 1065; Ver. A. f. P. 1913* S. 114.) Der Versicherte, welcher im Antrag seine Beschäftigung angegeben hatte: „Buchhalter in einer Schneidemühle, techn. Leitung, Bureau, Kontrolle und Holzvermessungen“, war von einem Rad der Welle ergriffen worden und tödlich verunglückt.

Das LG. wies die Klage ab wegen Verletzung der Anzeigepflicht. Das BG. verurteilte. Das RG. bestätigt, soweit es sich um die Frage der Anzeigepflicht handelt. Der Leiter einer Fabrik, der aus besonderem Anlaß ausnahmsweise ein paar Minuten Hand anlege, werde dadurch noch nicht zum Werkmeister.

Einen gleichliegenden Fall behandelt das RG. in seinem Urteil vom 3. I. 1913 (Wallmanns VZ. 1913 S. 1297; Annalen d. ges. V. W. 1913 S. 24; Ver. A. f. P. 1913* S. 53): Der Versicherte hatte erklärt, daß er als kaufmännischer Leiter mit dem Betrieb, nicht aber mit den Maschinen in Berührung komme. Bei einem Besuch im Steinbruch machte er sich an einer Steinbrechmaschine zu schaffen und zerquetschte sich die Hand. Das LG. wies ab. Das BG. u. RG. dagegen führen aus, die entsprechende Frage des Antragformulars sei mit Recht



verneint. Daß der Kläger sich einige Male damit beschäftigt habe, das Herausschleudern der Steine zu verhindern, sei noch keine regelmäßige Tätigkeit.

Es läßt sich hiernach die Regel aufstellen, daß eine Verletzung der Anzeigepflicht nach der Ansicht des Reichsgerichts dann nicht vorliegt, wenn die nicht angezeigte Tätigkeit nur in besonderen Ausnahmefällen vorgenommen wurde. Es folgt hieraus, daß der Versicherer, wenn er sich vor solchen Fällen schützen will, dies in der Police ausdrücklich durch eine entsprechende Ausschlußbestimmung wird hervorheben müssen. Die Beurkundung der Gefahrenklasse in der Police („Die X. versichert den Y. in seiner Eigenschaft als kaufmännischer Leiter . . .") genügt für sich allein hierzu nicht.

2. Verschweigen früherer Unfälle.

a) Urteil des RG. vom 4. III. 1910 (Ver. A. f. P. 1911* S. 14). Kläger hatte im Antrag einen früheren Unfall, Gehirnerschütterung infolge Sturzes mit dem Pferd, zwar angegeben, ihn aber als leicht bezeichnet, während er ihn früher in den Akten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft als schwer hingestellt hatte. Ferner hatte er auf die Frage, von welchem Arzt er behandelt worden sei, nur einen angegeben, während in Wirklichkeit ihn außerdem noch drei weitere Ärzte behandelt hatten. BG. wies die Klage ab wegen wissentlich unrichtiger Angaben. RG. bestätigt.

b) Dagegen hat das RG. in dem Urteil vom 10. VI. 1913 (Wallmanns VZ. 1913 S. 2178; Ver. A. f. P. 1913* S. 107) das Verschweigen eines vor 28 Jahren erlittenen Unfalls mit Rücksicht auf die besonderen Umstände als entschuldigt angesehen. Kläger war damals infolge eines Unfalls vom Militär als Ganzinvalide entlassen worden wegen Schwerbeweglichkeit des Armes, wurde jedoch nach fünf Jahren wieder für felddienstfähig erklärt. Bei Aufnahme des Antrages hatten zwei Agenten erklärt, daß ein so weit zurückliegender, ohne dauernde Folgen gebliebener Unfall für die Gesellschaft ohne Interesse sei. Das RG. führt aus, die Frage des Antragsformulars sei zwar an sich klar und objektiv unrichtig beantwortet, kommt jedoch trotzdem zu einer dem Versicherten günstigen Entscheidung (vgl. dagegen das folgende Urteil).

3. Verschweigung früherer Erkrankungen.

a) Der Kläger hatte eine überstandene Lungen- und Rippenfellentzündung mit operativem Eingriff verschwiegen, und zwar auf den Rat des Agenten. (RG. vom 7. XI. 1911 Wallmanns VZ. 1911/12 S. 689). Die beiden Vorinstanzen verurteilten nach Antrag. Das RG. hob jedoch auf und wies die Klage ab. Der Versicherte könne sich nicht darauf berufen, daß der Agent ihm fälschlicherweise gesagt habe, Erkrankungen, die über fünf Jahre zurückliegen, brauchten nicht angegeben zu werden. (Vgl. dagegen das vorstehende Urteil.) Das Urteil enthält eingehende Ausführungen über die rechtliche Stellung des Agenten.

b) (Urteil des RG. vom 23. IV. 1912; Wallmanns VZ. S. 2041). Hier war streitig, ob der Kläger das Bestehen „einer erheblichen



Krankheit“ verschwiegen habe. Das Berufungsgericht hatte dies verneint. (Phosphaturie und chronischer Nierenbecken- und Blasenkatarrh.) Die Revision rügte, daß die Frage der Erheblichkeit lediglich nach medizinischen, anstatt nach versicherungstechnischen Grundsätzen beurteilt worden sei. Die Revision wurde verworfen, da vom Antragsteller als Laien weder medizinische noch versicherungstechnische Kenntnisse zu erwarten seien.

Gefahrerhöhung.

1. Berufswechsel.

In dem Urteil vom 21. IV. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 17) stellt das RG. den Grundsatz auf: Wenn bei dem Berufswechsel der neue Beruf des Versicherten in die gleiche Gefahrenklasse fällt wie der ursprüngliche, so bleibt die Versicherung in Kraft, auch wenn dem Versicherer der Berufswechsel nicht nach den Vorschriften der Bedingungen angezeigt worden ist. Der Kläger, ursprünglich Zigarrenhändler, dann Pächter eines Hotelrestaurants, war durch Ausgleiten auf der Treppe verunglückt. Insbesondere billigt das RG. den Standpunkt des Vorderrichters, daß der Prämientarif der Beklagten, welcher dem Kläger unbekannt geblieben und nicht Bestandteil des Vertrags sei, keine maßgebende Bedeutung habe. Vielmehr müsse nach einem objektiven Maßstab geprüft werden, ob eine Gefahrerhöhung eingetreten sei. In der Feststellung des BG., dies sei nicht der Fall, sei ein Rechtsirrtum nicht zu erkennen.

2. Anschaffung eines Fuhrwerks als Gefahrerhöhung.

Interessante Ausführungen über den Begriff der Gefahrerhöhung enthält das Urteil des RG. vom 3. V. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 881). Der Kläger, ein Getreidehändler und Gastwirt, hatte die Frage: „Ist eigenes Fuhrwerk vorhanden?“ verneint. Später schaffte er sich ein solches an, ohne Anzeige zu erstatten, und verunglückte damit infolge eines Zusammenstoßes mit einem Automobil. Das LG. und BG. verurteilten die beklagte Gesellschaft mit der Begründung, nach der Beweisaufnahme benutze der Kläger das Fuhrwerk im wesentlichen zu Privatzwecken, und zwar führe er mit ihm seltener Geschäftsreisen aus, als dies früher der Fall gewesen sei. Im konkreten Fall sei also eine Gefahrerhöhung nicht eingetreten. Das RG. erklärte diesen Standpunkt mit den Grundsätzen des Versicherungsrechts nicht für vereinbar, hob das Urteil auf und wies die Klage ab. Die besondere Gestaltung des einzelnen Falles könne für die Frage der Gefahrerhöhung nicht ausschlaggebend sein. Es sei vielmehr zu prüfen, ob die Veränderung *allgemein* nach den den Betrieb des betreffenden Versicherungszweiges beherrschenden Anschauungen dem Versicherer vernünftigerweise hätte Anlaß bieten können, die Versicherung aufzuheben oder nur gegen Prämienerhöhung fortzusetzen. Durch die Anschaffung eigenen Fuhrwerks sei die Möglichkeit der Vermehrung von Unfällen eröffnet worden, und es sei unerheblich, ob

Kläger diese Möglichkeit etwa dadurch verwirklicht habe, daß er öfter als früher sich eines Fuhrwerks bediente.

Diese Ausführungen enthalten eine praktisch höchst bedeutungsvolle Anwendung des in dem vorigen Urteil enthaltenen allgemeinen Grundsatzes, daß „bei der Beurteilung der Berufsveränderung mit Rücksicht auf die Interessen des Versicherers nicht nur die tatsächlich eingetretene, sondern die mögliche Gestaltung der geänderten Tätigkeit zu beachten ist“.

3. Vorübergehende Einstellung eines Pferdes.

Daß jedoch das Reichsgericht geneigt ist, bei der Anwendung des eben erwähnten Grundsatzes ganz erhebliche Ausnahmen zuzulassen, beweist ein Urteil vom 6. X. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 529). Hier hatte das BG. entschieden, eine nur vorübergehende Einstellung eines Pferdes in den Betrieb des Klägers, eines Metzgers und Gastwirts, bedeute nicht ohne weiteres und jedenfalls nicht in vorliegendem Fall eine anzeigepflichtige Gefahrerhöhung. Kläger war von einem Rinde, welches er auf einem Wagen transportierte, vom Wagen gestoßen worden. Das vor den Wagen gespannte Pferd hatte er neun Tage vor dem Unfall gekauft, ohne dem Versicherer Anzeige zu machen. Das BG. machte die Entscheidung von einer Eidesleistung des Klägers abhängig. Dieser sollte schwören, es sei nicht wahr, daß er beim Ankauf des Pferdes entschlossen war, dieses *dauernd* in seinen Betrieb einzustellen. Die Revision der Beklagten wurde zurückgewiesen. Das RG. führt hierbei aus, dem Berufungsgericht sei keineswegs die Prüfung der Frage abgeschnitten, „ob nicht nach Lage des Einzelfalls die kurze Dauer der Änderung im Zusammenhalt mit anderen Umständen der Änderung den Charakter der Wesentlichkeit zu entziehen vermochte“. Diese Prüfung habe der Berufungsrichter angestellt und sei zu dem Ergebnis gekommen, daß „im vorliegenden Fall unter Berücksichtigung der gesamten Sachlage die Anschaffung des Pferdes eine wesentliche Betriebsänderung nur darstelle, wenn sie als dauernde beabsichtigt gewesen sei“. Hiergegen sei nichts einzuwenden.

Dieser Standpunkt des Reichsgerichts ist um so bemerkenswerter, als es in derselben Sache bereits einmal unter Aufhebung des Berufungsurteils entschieden hatte, der Umstand, daß das Pferd nur auf Probe gekauft und die Probezeit noch nicht abgelaufen war, rechtfertige das Unterbleiben der Anzeige nicht. (Urteil vom 17. IX. 1909; VII. 183/09.)

4. Erkrankung als Gefahrerhöhung.

a) Augenleiden. (Urteile des RG. vom 21. III. 1911; Wallmanns VZ. 1911 S. 1745, und vom 20. II. 1912; Wallmanns VZ. 1912 S. 1849 ff. und Ver. A. f. P 1912 * S. 100.)

Der Versicherte war durch Sturz in eine Schlammkiste und Ersticken tödlich verunglückt. Die Klage auf Auszahlung der Versicherungssumme war in erster und zweiter Instanz von Erfolg. Nach Aufhebung und Zurückverweisung durch das RG. hat das BG. auf Abweisung erkannt. Die hiergegen eingelegte Revision wurde zurückgewiesen. Der Kläger, der beim Vertragsabschluß (1891) die Fragen



nach Kurzsichtigkeit oder Blindheit verneint hatte, war im Jahr 1898 schwer augenleidend geworden, so daß sein Sehvermögen zeitweilig auf $^{1}/_{100}$ herabgesetzt war. Die Entscheidung stützt sich auf die Versicherungsbedingungen. Nach diesen sei der Versicherte infolge seines Leidens „in Verhältnisse eingetreten, nach denen die im Versicherungsantrag gemachten Angaben nicht mehr mit der Wirklichkeit übereinstimmen“. Hiernach ruhe die Versicherung, und es komme auf ein Verschulden bei Unterlassung der Anzeige nicht an. Die Behauptung der Kläger, der Versicherte sei zur Zeit des Unfalls wiederhergestellt gewesen, wird ebenfalls als unerheblich bezeichnet, denn nach den Bedingungen lebe dadurch die Versicherung nicht ohne weiteres wieder auf, es bedürfe hierzu vielmehr einer neuen schriftlichen Vereinbarung.

b) Magenkrebs als „schweres körperliches Gebrechen“. Von Interesse ist ferner ein Urteil des RG. vom 3. V. 1912 (Wallmanns VZ. 1912 S. 2169). Der Versicherte, von Beruf Arzt, war infolge einer durch Infektion entstandenen Blutvergiftung gestorben. Die Beklagte hatte gegenüber der Entschädigungsklage u. a. eingewendet, daß die Versicherung zu dem maßgebenden Zeitpunkt wegen eines vorher eingetretenen „schweren körperlichen Gebrechens“, nämlich *Magenkrebs,* erloschen sei. Diese Einwendung wurde zurückgewiesen. Unter schweren körperlichen Gebrechen verstehe man dauernde körperliche Mängel, welche die Brauchbarkeit des betreffenden Organs oder Körperteils ausschließen oder herabsetzen. Auf das Krebsleiden des Versicherten treffe jene Begriffsbestimmung um so weniger zu, als ihm selbst nicht bekannt gewesen sei, daß er an dieser Krankheit litt.

Ausschlußklauseln. Sportunfälle. Benutzung von Kraftfahrzeugen.

Die „Verbandsbedingungen“ bezeichnen als Gegenstand der Einzelunfall-Versicherung die „Unfälle des täglichen Lebens“. An einer anderen Stelle der Bedingungen werden sodann eine Reihe von Sportarten aufgezählt, deren Unfallrisiko „nur auf Grund besonderer Vereinbarung“ übernommen wird. Hier entsteht die Frage, inwieweit der Versicherer einzutreten hat für Unfälle bei einem Sport, der in dieser Ausschlußklausel nicht erwähnt ist? Man wird diese Frage dahin beantworten müssen, daß derartige Unfälle in der Tat durch die Versicherung gedeckt, also ebenfalls als „Unfälle des täglichen Lebens“ anzusehen sind. Eine Ausnahme hiervon wäre nur zuzulassen für gewisse mit außergewöhnlicher Gefahr verbundene Sportarten, z. B. solche, die zur Zeit des Beginns der Versicherung noch unbekannt waren.

Eine wichtige Auslegungsregel gibt für derartige Schadenfälle das Urteil des RG. vom 4. IV. 1913 (Wallmanns VZ. 1913 S. 1681). Hier wird die Entschädigungspflicht des Versicherers für einen Unfall beim Skisport anerkannt, und zwar weil in den Bedingungen die Haftung nur für bestimmte Sportarten abgelehnt sei. Hieraus ergebe sich, daß der Versicherer nur für die Gefahren der dort besonders genannten Sportarten nicht haften wolle. Als wesentlich wird der Umstand angesehen, daß das Fahren auf Schneeschuhen, wenn auch noch nicht bei Abschluß des Vertrags (1897), so doch 1907, bei dessen Verlängerung in Deutschland bekannt gewesen sei.

Ebenso bedarf es einer besonderen Vereinbarung für den Einschluß von Unfällen bei „regelmäßiger Benutzung privater . . . Kraftfahrzeuge“. Mit der Auslegung dieser Bestimmung beschäftigt sich das RG. Urteil vom 23. IX. 1913 (Annalen d. g. VW. 1913 S. 679; Wallmanns VZ. 1913/14 S. 381). Der Versicherte benutzte zu Geschäftszwecken öfters das Automobil seines Chefs mit dessen jedesmal vorher einzuholender Einwilligung, manchmal 3 bis 4 mal in der Woche, dann wieder mehrere Wochen lang nicht. Die Beklagte wurde in allen Instanzen zur Entschädigung verurteilt. Eine „regelmäßige“ Benutzung liege nur bei dem vor, der auf die Benutzung sicher rechnen könne. Der Versicherte habe aber keinen Anspruch auf die Benutzung gehabt, sondern jedesmal darum bitten müssen.

Zum Begriff des Unfalls.

1. Schreckwirkung eines Blitzschlags.

In dem Urteil des Reichsgerichts vom 16. XII. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 1081; Ver. A. f. P. 1911* S. 20) wird der Standpunkt des BG., daß der Versicherte, „wenn der Blitzstrahl ihn auch nicht getroffen, sondern nur infolge des durch ihn hervorgerufenen Schreckens scheinbar schädigend auf den Körper des Verstorbenen eingewirkt hat, doch einen unter die V. fallenden Unfall erlitten hat“, für unbedenklich erklärt.

Das Erfordernis einer *mechanischen* Einwirkung war offenbar in den maßgebenden Versicherungsbedingungen nicht enthalten. Ob diese ferner die sonst übliche Ausschlußklausel betr. „Erkrankungen infolge *psychischer* Einwirkungen“ nicht enthielten, oder ob die Erörterung dieser Frage etwa deshalb unterblieben ist, weil die Beklagte einen dahingehenden Einwand nicht vorgebracht hat, ist nicht ersichtlich.

2. Mechanische Gewalt. Temperaturveränderungen. Plötzliches Ereignis.

Durch Urteil vom 21. I. 1913 (Ver. A. f. P. 1913* S. 58) wurde das klageabweisende Urteil des BG. bestätigt. Der Versicherte war längere Zeit in einem Bergwerk in erhitztem Körperzustand der Einwirkung des kalten Berieselungswassers ausgesetzt gewesen und an den Folgen einer Lungenentzündung gestorben.

Beide Gerichte betonen, daß hier ein Unfall im Sinne der Versicherungsbedingungen nicht vorliege. Wo das Erfordernis der „mechanischen Gewalt“ in die Bedingungen aufgenommen sei, wie hier, müsse es auch berücksichtigt werden. Hier handle es sich nicht nur um eine in der Kraftäußerung der Wasserbewegung bestehenden Wirkung, sondern um den die Körpertemperatur scharf abkühlenden Einfluß von Feuchtigkeit und Kälte. Außerdem liege kein „plötzliches Ereignis“ vor. Es fehle das Moment des „Unerwarteten, Nichtvorausgesehenen, Unentrinnbaren“, da das Vorhandensein der Dauerbrause als ständiger Grubeneinrichtung dem Verstorbenen durchaus bekannt gewesen sei.

3. Blutvergiftung.

a) Infektion einer Hautwunde.

Durch Urteil des OLG. Celle (ohne Angabe des Datums abgedruckt in der Allg. Versicherungspresse Nr. 2 von 1913 S. 13) wurde in Übereinstimmung mit dem Gericht 1. Instanz die Entschädigungspflicht der Gesellschaft festgestellt in folgendem Fall: Ein Bahnhofsarbeiter hatte an verschiedenen Stellen des Bahnhofs, um das Einfrieren zu verhüten, mit „Gewerbesalz“ zu streuen. Dabei drangen durch Frostrisse in seiner Hand Schmutzteile ein. Es entstand eine Blutvergiftung, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machte und nach 14 Tagen den Tod herbeiführte. Die Urteilsgründe führen aus, daß alle Begriffsmerkmale eines Unfalls im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegen, insbesondere auch eine „plötzliche“ Einwirkung.

In welchem Umfang nach den maßgebenden Bedingungen Blutvergiftungen eingeschlossen waren, ist aus der Veröffentlichung nicht zu ersehen, insbesondere, ob nicht das Vorhandensein eines bestimmten „Unfallereignisses“ erforderlich war.

b) Syphilisinfektion als Unfall. (OLG. Königsberg vom 6. X. 1911 Ver. A. f. P. 1912* S. 29).

Die Klägerin hatte beim berufsmäßigen Reinigen ihrer Hände durch eine scharfe Bürste sich eine kleine Wunde zugezogen und unmittelbar darauf bei einer Geburtshilfeleistung mit Syphilisgift infiziert. Die Entschädigungspflicht der Gesellschaft wurde festgestellt, denn nach den Bedingungen seien Blutvergiftungen dann als Unfälle anzusehen, wenn sie unzweifelhaft durch einen gleichzeitigen Unfall entstanden sind, für den die Gesellschaft ohnedies haften mußte. Ein solcher Unfall sei die Hautverletzung, welche sich Klägerin durch das Reinigen der Hände zugezogen habe. Es liege auch ein „gleichzeitiger“ Unfall vor, denn dabei sei nicht zu erfordern, daß Unfall und Vergiftung uno actu erfolgen mußten. Es genüge, daß sie zur selben Zeit in unmittelbarer Reihenfolge eintreten (vgl. dagegen unten Z. 4).

c) In einem andern Fall von Infektion wurde ebenfalls die Entschädigungspflicht des Versicherers anerkannt durch Urteil des OLG. Hamm vom 22. XII. 1911 (Ver. A. f. P. 1912* S. 65). Der Kläger, ein Steinbruchsarbeiter, fiel bei der Arbeit auf einen Stein und zog sich eine geringfügige Hautabschürfung zu, der er zunächst keine Bedeutung beilegte. Er arbeitete noch 9 Tage weiter, dann traten Schmerzen und eine Anschwellung ein, wegen deren er sich in ärztliche Behandlung begab. In der Folge entwickelte sich eine Geisteskrankheit, wegen deren Überführung in eine Irrenanstalt erfolgte. Nach den in 2. Instanz nicht mehr bestrittenen Feststellungen der Gutachter sind Infektionskeime durch die Unfallwunde eingedrungen und die durch Infektion gesteigerte körperliche Krankheit hat den Ausbruch der Geisteskrankheit, zu welcher der Kläger disponiert war, zur Folge gehabt. Die Beklagte wendete gegen den Anspruch ein, die Verschlimmerung sei nicht auf den Unfall, sondern auf die spätere Verunreinigung der Wunde zurückzuführen. Der Unfall scheide also für die weitere Beurteilung aus. Die Infektion aber sei kein Unfall. Diese Einwendung wurde zurückgewiesen, da der Unfall nicht aus

dem ursächlichen Zusammenhang ausgeschieden sei. Die hier zu Grunde liegenden (Abonnenten-)Unfall-Versicherungs-Bedingungen definieren als Unfall jede „Körperverletzung, welche nachgewiesenermaßen den Tod des Verletzten oder eine auf Grund dieser Bedingungen zu entschädigende Invalidität sofort oder innerhalb dreier Monate nach dem Ereignis verursacht".

Bemerkenswert ist, daß auch die Einrede des eigenen Verschuldens als unbegründet zurückgewiesen wurde. Die Beklagte wollte aufrechnen mit einem Schadensersatzanspruch. Der Kläger habe fahrlässig gehandelt, weil er die Wunde nicht verbunden und dadurch die Infektion ermöglicht habe. Eine derartige Einwendung sei ausgeschlossen, weil das Verbinden einer so geringfügigen Hautabschürfung in den Kreisen des Klägers nicht üblich sei und eine Infektion nur in sehr seltenen Fällen eintrete. Eine Fahrlässigkeit sei deshalb nicht erwiesen. Außerdem aber seien die Einwendungen, welche die Beklagte dem Versicherten etwa aus dessen fahrlässigem Verhalten entgegensetzen könne, in den Bedingungen abschließend geregelt und daher für einen solchen Schadensersatzanspruch kein Raum.

4. Versehentliches Einnehmen von Gift.

(Urteil des OLG. Karlsruhe vom 4. I. 1911; Ver. A. f. P. 1911* S. 19.) Der Versicherte hat versehentlich 15 g chlorsaures Kali eingenommen, während es ihm zum Gurgeln verschrieben war, und starb an den Folgen dieser Vergiftung. In der Berufungsinstanz wurde die Klage auf Entschädigung, abweichend von der 1. Instanz, abgewiesen. Das Gericht vermißt das Merkmal der „gewaltsamen" Einwirkung, selbst wenn man den Vorgang des Einnehmens, wie das Landgericht, als eine „mechanische" Einwirkung ansehen wolle. Wollte man aber die Wirkung des Giftes im Körper als „gewaltsam" bezeichnen, so könne sie doch weder als eine mechanische noch als eine äußere charakterisiert werden. Es gehe auch nicht an, zu sagen, die Momente des Mechanischen und des Gewaltsamen seien vorhanden, sie seien nur nacheinander eingetreten, denn aus der gewählten Begriffsbestimmung des Unfalls folge klar, daß an einen einheitlichen Vorgang gedacht sei, der alle die aufgezählten einzelnen Eigenschaften zugleich aufweise (vgl. dagegen oben Z. 2 b).

5. Gasvergiftung.

a) Urteil des RG. vom 2. VI. 1911 (Wallmanns VZ. 1911 S. 2390; Ver. A. f. P. 1911* S. 103). Der Versicherte war in einer Brausebadzelle eine Stunde nach dem Eintreten tot aufgefunden worden. Sein Tod ist erfolgt durch das einer Gasflamme entströmende Kohlenoxydgas. Sämtliche Instanzen entschieden, daß „unfreiwilliges Ersticken infolge plötzlich ausströmender Gase" vorliege. Die Beklagte hatte eingewandt, vom Standpunkt der Wissenschaft liege nicht eine Erstickung, sondern eine vom Versicherungsvertrag nicht umfaßte Vergiftung vor. Dagegen bemerkt das RG. mit Recht, daß hier nicht die fachwissenschaftliche Terminologie, sondern der gemeinverständliche gewöhnliche Sprachgebrauch maßgebend sei.



Verworfen wurde auch der Einwand, das Ausströmen des Gases sei kein „plötzliches“ gewesen. Die Feststellung, daß die Gase sich innerhalb einer Stunde entwickelt haben, sei ausreichend. Der Begriff des „Plötzlichen“ erschöpfe sich nicht in dem Begriff der Schnelligkeit, enthalte vielmehr als wesentliches, ja hervorstechendes Merkmal das Moment des Unerwarteten, Nichtvorausgesehenen, Unentrinnbaren.

b) Über den *Begriff des „Erstickens“* verbreitet sich ein Urteil des Kammergerichts vom 27. V. 1910 (Ver. A. f. P. 1911* S. 18) und führt aus, daß hierunter nicht allein der Erstickungs*tod*, sondern auch schon der dem Erstickungstod vorangehende ihn verursachende Zustand zu verstehen sei. Andernfalls hätte die beklagte Gesellschaft sich deutlicher ausdrücken müssen, wie sie dies z. B. für den Fall des Ertrinkens getan habe. Im vorliegenden Fall war der Versicherte infolge des Einatmens schädlicher Gase und der dadurch verursachten Bewußtseinsstörung hingefallen und hatte sich verletzt. Die Entschädigungspflicht der Beklagten wurde vom Gericht festgestellt. Im gleichen Sinne haben früher entschieden das Kammergericht und das Reichsgericht (Urteile vom 24. X. 1905, Ver. A. f. P. 1905* S. 99 und vom 13. VII. 1906, Ver. A. f. P. 1906* S. 93).

6. Freiwillige Kraftanstrengungen.

Urteil des RG. vom 28. II. 1913 (Ver. A. f. P. 1913* S. 57). Der Kläger will beim Zudecken eines beladenen Eisenbahnwagens mit einem schweren Plane einen Unfall erlitten haben. Infolge des großen Gewichts sei dies eine ziemlich anstrengende Arbeit gewesen. Als er sich nach Vollendung der Arbeit wieder aufrichten wollte, verspürte er heftige Schmerzen in Leib und Rücken und mußte auf dem Heimwege einigemal Blut ausspeien.

Das RG. nimmt übereinstimmend mit dem BG. an, als eine gewaltsame äußere mechanische Einwirkung im Sinne der Bedingungen könne u. a. auch eine freiwillig gewollte körperliche Anstrengung des Versicherten selbst zur Überwindung eines äußeren Widerstandes angesehen werden. Allerdings müsse hinzukommen, daß die Einwirkung auf den Körper unabhängig vom Willen des Versicherten, und zwar plötzlich eingetreten sei. In Fällen, wie dem vorliegenden, werde das Erfordernis der Plötzlichkeit regelmäßig nur dann gegeben sein, wenn im Verlauf der Eigenbewegung des Verletzten infolge eines unerwartet und schnell hervorgetretenen äußeren Ereignisses, insbesondere eines plötzlichen und unerwarteten äußeren Widerstandes die Bewegung selbst einen nicht von Anfang an vorgesehenen Verlauf genommen und dadurch eine nachteilige Einwirkung auf den Körper des Versicherten hervorgerufen habe.

Das klageabweisende Urteil wurde aufgehoben und die Sache zur näheren Feststellung des noch nicht genügend aufgeklärten Vorgangs zurückverwiesen.

7. Unterleibsbrüche.

Die Ausschlußklausel der Versicherungsbedingungen: „Als Unfälle gelten insbesondere nicht . . . Unterleibsbrüche und deren Folgen . . .“,

wird abweichend vom BG. vom RG. dahin ausgelegt, daß Unterleibsbrüche auch dann von der Versicherung ausgeschlossen seien, wenn sie Folgen eines Unfalls sind (Urteil vom 13. XII. 1912, Ver. A. f. P. 1913* S. 22).

Das Urteil enthält im übrigen noch sehr bedeutungsvolle Erörterungen über die Befugnis des RG., selbständig den Sinn der allgemeinen Versicherungsbedingungen festzustellen, ohne dabei an die einander vielleicht widersprechenden Auslegungen der Berufungsgerichte gebunden zu sein, denn nur so könne die übereinstimmende Auslegung und Anwendung der Versicherungsbedingungen für alle ihnen unterliegenden Vertragsverhältnisse sichergestellt werden.

8. Infektionsklausel.

Mit der Auslegung der „Infektionsklausel“ (»Eingeschlossen in die Versicherung sind alle Infektionen, bei denen durch Ausübung des Krankenpflegerinnenberufes der Ansteckungsstoff nachweislich durch äußere Verletzungen oder durch Einspritzung infektiöser Masse in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangte«) beschäftigt sich ein Urteil des OLG. Hamburg vom 7. VI. 1913 (Ver. A. f. P. 1913* S. 113) und kommt zu dem Ergebnis, daß eine Ansteckung bei der Pflege von Tuberkulosekranken keine Infektion im Sinne dieser Klausel sei, da der Nachweis „eines genau individualisierten und bestimmten Vorgangs“ fehle.

9. Der Unfallbegriff bei der „Lebenslänglichen Eisenbahn- und Dampfschiffunglücksversicherung“.

Nach den Bedingungen der „Lebenslänglichen Eisenbahn- und Dampfschiffunglücksversicherung“ wird Entschädigung nur gewährt für Unfälle, welche der Versicherte als Fahrgast „dadurch erleidet, daß dem Transportmittel selbst ein Unglück zustößt“. Mit der Auslegung dieser Bestimmung beschäftigen sich die Urteile des Kammergerichts vom 12. VII. 1912 und des RG. vom 1. IV. 1913 (Ver. A. f. P. 1913* S. 111; Wallmanns VZ. 1913 S. 1569). Das RG. billigt hier die Entscheidung des Vorderrichters, es sei nicht Voraussetzung des Entschädigungsanspruchs, daß der Zug selbst durch den Unglücksfall eine Beschädigung erlitten haben müsse. Beim plötzlichen Halten eines Zuges war eine Drucklokomotive stark auf den letzten Wagen gestoßen und der Kläger, welcher gerade zum Fenster hinaussah, wurde mit dem Kopf gegen den Fensterrahmen geschleudert. Das Kammergericht stützt sich auf das Gutachten eines Sachverständigen, der den Vorgang mit Recht als ein ungewöhnliches, die Grenzen der Betriebsüblichkeit überschreitendes Ereignis bezeichne. Daher sei der Stoß anzusehen als ein Unglücksfall, der das Transportmittel betroffen habe.

In gleicher Weise hatte das Kammergericht — und zwar anscheinend auf Grund des gleichen Unfallereignisses — entschieden im Urteil vom 24. X. 1911 (9 U 5640. 09), während in erster Instanz Klageabweisung erfolgt war. Das LG. stand auf dem Standpunkt, von einem „Unglück“ könne nur dann gesprochen werden, wenn irgendwelche die Integrität des Transportmittels berührenden Folgen eingetreten seien.

Zusammentreffen von Unfallfolgen und Krankheiten. Ursächlicher Zusammenhang.

Nach den älteren Versicherungsbedingungen war die Haftung des Versicherers beschränkt auf die „direkten und unmittelbaren Folgen" des Unfalls, d. h. auf die Körperbeschädigung, sofern durch diese „nachweislich direkt und nicht vermittelt durch Krankheit" oder andere Umstände Erwerbsunfähigkeit oder der Tod herbeigeführt worden ist. Vorausgesetzt war also, daß der Unfall die „unmittelbare und alleinige Ursache" war. Die neueren Bedingungen haben hier eine erhebliche Verbesserung für den Versicherungsnehmer herbeigeführt, indem sie die oben erwähnte Frage folgendermaßen regeln: Im Fall des Todes infolge eines Unfalls wird eine Entschädigung dann nicht gezahlt, „wenn zur Herbeiführung des Todes überwiegend solche Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben, welche für sich allein, d. h. ohne Hinzutreten des Unfalls in absehbarer Zeit den Tod herbeigeführt haben würden". Im Fall der (dauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit findet eine Kürzung der Entschädigung statt „nach Verhältnis des nach Billigkeit abzuschätzenden Anteils der Krankheit oder des Gebrechens". Trotz dieser Änderung der Bedingungen werden auch künftig die von der Rechtsprechung seither entwickelten Grundsätze über diese Fragen, die vorwiegend medizinischer Natur und daher zunächst von der Ärztekommission zu entscheiden sind, ihre Bedeutung behalten.

In zahlreichen früheren Urteilen hat das RG. den Grundsatz aufgestellt, es müsse unterschieden werden zwischen einer bloßen „Empfänglichkeit" des Körpers für die nachteiligen Einwirkungen des Unfalls und einer bereits vor dem Unfall bestandenen „krankhaften Veränderung" oder „körperlichen Abnormität". Die erstere könne nicht ohne weiteres als ein mitwirkender Umstand im Sinne der Bedingungen angesehen werden, wohl aber die letztere, denn die gegenteilige Annahme „würde auf eine völlige Beseitigung der vertragsmäßig gezogenen Grenzen der Haftpflicht hinauslaufen". (RG. v. 5. I. 1911* S. 27; Wallmanns VZ. 1910/11 S. 1025. Das Urteil zitiert eine große Anzahl älterer Entscheidungen). Häufig wird es daher nur von dem Grade des bereits vor dem Unfall vorhandenen Zustandes einer körperlichen Beeinträchtigung abhängen, ob er dem Erfordernis der „direkten und unmittelbaren" Verursachung entgegensteht. Es ist aus diesem Grund auch kein Widerspruch darin zu erblicken, wenn in verschiedenen Urteilen dieselbe Krankheit einmal als erheblich, das andere Mal als unerheblich bezeichnet wird. So hat das RG. in der obenerwähnten Entscheidung das verurteilende Erkenntnis des BG. aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Verhandlung zurückverwiesen, weil die Ansicht des BG., es habe nur eine „Empfänglichkeit" vorgelegen, nicht ausreichend begründet sei. Der Versicherte hatte an Herzmuskelentartung infolge von *Arterienverkalkung* gelitten. Ebenso wurde mit Billigung des RG. (Urteil vom 2. IV. 1912, Wallmanns VZ. 1912 S. 2089; Annalen d. ges. V. W. 1912 S. 695) zuungunsten des Klägers erkannt in einem anderen Fall, wo der Ver-

sicherte an Arterienverkalkung und Herzmuskelverdickung gelitten hatte. Dagegen wurde in der Entscheidung des RG. vom 16. XII. 1910 (Ver. A. f. P. 1911* S. 20; Wallmanns VZ. 1910/11 S. 1081) das zuungunsten des Versicherers ergangene Urteil des BG. bestätigt. Auch hier handelte es sich um eine Verkalkung der Hauptschlagader und „krankhafte“ Veränderung des Herzmuskels. Hier betont das Urteil als erheblich, daß bei einer ärztlichen Untersuchung wenige Wochen vor dem Unfall die Veränderungen am Herzen noch nicht wahrgenommen worden seien. Ebenfalls zuungunsten des Versicherers erkannt hat das BG. bei festgestellter, aber geringfügiger Arteriosklerose in dem Urteil vom 24. X. 1911 (Wallmanns VZ. 1911/12 S. 785).

Indessen ist nicht etwa erforderlich, daß die Krankheit bereits vor dem Unfall dem Versicherten bekannt war. Dies betont das RG. ausdrücklich in seinem Urteil vom 3. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 873). Hier hatte der durch einen Sturz von der Leiter verunglückte und darauf verstorbene Versicherte an *Blinddarmentzündung* gelitten. Die Entschädigungsklage wurde in allen Instanzen abgewiesen. Das RG. führt aus: „Zum Begriff der Krankheit gehört, auch nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens, nicht, daß sie in die Erscheinung getreten ist. Es gibt auch unbekannte, verborgene gefährliche Krankheiten, und die Bedeutsamkeit eines krankhaften Zustandes hängt in Streitfällen über Unfallversicherung nicht davon ab, ob der Zustand erkannt war, sondern davon, ob er erheblich war.“

Andrerseits erklärt das RG. es für die Bejahung der direkten und unmittelbaren Verursachung in keiner Weise für hinderlich, daß die Beschwerden erst längere Zeit nach dem Unfall aufgetreten sind. (Urteil vom 21. VI. 1910; Wallmanns VZ. 1910/11 S. 81). Hier war die Entschädigungsklage in zwei Instanzen ohne Erfolg gewesen. Das RG. hob auf und verwies die Sache zur nochmaligen Verhandlung zurück. Das Urteil der Berufungsinstanz stützte sich auf das Gutachten der Sachverständigen, in dem gesagt war, daß 1. die jetzigen neurasthenischen Beschwerden lediglich durch den Unfall „ausgelöst“ seien, — 2. daß sie auch insofern nicht in direktem Zusammenhang mit dem Unfall ständen, als sie erst längere Zeit nach demselben aufgetreten seien. Diesen letzteren Grund bezeichnet das RG. als durchaus hinfällig. Wenn außerdem das BG. angenommen habe, das Schiedsgutachten stelle *bindend* fest, daß die jetzigen Beschwerden nicht in direktem Zusammenhang mit dem Unfall ständen, so müsse diese rechtsirrige Ansicht zur Aufhebung führen. — Der erste Grund bedürfe näherer Prüfung. Die Bedeutung des Wortes „ausgelöst“ sei unklar. Wenn damit gesagt sein sollte, daß vorher eine gewisse Empfänglichkeit bestanden habe, so würde trotzdem eine Verursachung im Sinne der Bedingungen vorliegen; anders könnte u. U. zu entscheiden sein, wenn etwa bereits vor dem Unfall eine Krankheit oder eine krankhafte Anlage bestanden haben sollte.

Im übrigen seien hier noch folgende Fälle erwähnt, in denen Klageabweisung erfolgte mangels des bedingungsgemäßen ursächlichen Zusammenhangs:

1. Urteil des Kammergerichts vom 10. I. 1911 (Ver. A. f. P. 1911* S. 26). Der Versicherte hatte vor dem Unfall an einem *Gliosarkom* gelitten.

2. Urteil des RG. vom 31. III. 1911 (Ver. A. f. P. 1911* S. 105; Wallmanns VZ. 1911 S. 1973). Der Versicherte hatte beim Reiten durch einen unerwarteten Seitensprung des Pferdes einen Darmknick erlitten, und war kurze Zeit darauf gestorben. Wie sich herausstellte, hatten bei dem Versicherten *krankhafte Darmverwachsungen* bestanden, die indessen nach Ansicht des Sachverständigen für sich allein wahrscheinlich niemals direkt den Tod herbeigeführt haben würden. Vielmehr hätte der Versicherte ohne das Hinzutreten eines besonderen Ereignisses noch viele Jahre leben können.

Der Fall veranschaulicht treffend den Unterschied der alten und der neuen Bedingungen. Nach den letzteren wäre die Klage wahrscheinlich begründet gewesen.

3. Urteil des Kammergerichts vom 27. X. 1911 (Ver. A. f. P. 1912* S. 30). Durch den Unfall war ein Wiederausbruch latenter *Syphilis* herbeigeführt worden.

4. Urteil des RG. vom 10. XI. 1911 (Wallmanns VZ. 1911/12 S. 769; Ver. A. f. P. 1912* S. 27). Die Klägerin hatte beim Tanzen sich eine Verletzung am Fuße zugezogen. Die Entschädigungsklage wurde aber abgewiesen, weil für den Unfall eine krankhafte Veranlagung, nämlich eine *abnorme Großzehstellung* (halux volgus) ursächlich war.

5. Urteil des RG. vom 11. III. 1913. Die Klage wurde (abgesehen von einem geringfügigen Betrag) abgewiesen, da bereits vorher eine *Arthritis deformans* bestanden hatte. (Deutsche Versicherungszeitung 1913 S. 219; Wallmanns VZ. 1913 S. 2289).

(Schluß folgt.)



Sprechsaal.

Gesetzlicher Zahlungsaufschub und Privatversicherung.

Von Rechtsanwalt Dr. Ludwig Bendix (Berlin).

Die Vorträge in den Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft Heft 26 über Versicherung und Krieg werden von einem erfreulichen und hoffentlich in jeder Beziehung begründeten Optimismus getragen. Dieser Optimismus bringt es mit sich, daß zwei Fragen von weittragender Bedeutung nur gestreift und nicht gebührend behandelt werden: die eine Frage ergibt sich aus der praktisch-technischen Durchführung der Beschaffung von Zahlungsmitteln durch Flüssigmachung fester Vermögensanlagen, die andere besteht in der Einwirkung des gesetzlichen Zahlungsaufschubs (Moratorium) auf die Versicherungsunternehmung und den Versicherungsvertrag. Beide Aufgaben müssen eingehend und weit erschöpfender, als es hier geschehen kann, geprüft und untersucht werden, nicht weil mit einem unglücklichen Kriegsausgang zu rechnen ist, sondern weil die Ordnung dieser beiden Aufgaben zur richtigen Vorbereitung eines Krieges gehört, zur finanziellen Kriegsbereitschaft, die zugleich auch immer eine rechtliche sein muß, ja weil sogar mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß schon bei der Mobilisierung, also vor und bei Beginn des Krieges, ein Moratorium erforderlich ist. Daß das nicht bloß theoretische Möglichkeiten, sondern wirklich praktische Fragen sind, ergeben die Moratoriumsgesetze der Balkanstaaten aus dem Jahre 1912.

An dieser Stelle kann und soll nur die aus der Überschrift ersichtliche Frage unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung des Moratoriums kurz erörtert und zur weiteren Bearbeitung empfohlen werden.[1])

Die geschichtliche Betrachtung ergibt, daß der gesetzliche Zahlungsaufschub aus einer dauernden Einrichtung der Friedensordnung im Interesse der einzelnen Staatsbürger zu einer vorübergehenden Erscheinung der Kriegsordnung im Interesse des allgemeinen Staatswohles geworden ist. Die Kriegsdienstpflicht der Geldbesitzer, von der *Plenge* in seinem bekannten Werk „Von der Diskontpolitik zur Herrschaft über den Geldmarkt“ in so anschaulicher und überzeugender Weise spricht, muß zu *einer Kriegsdienstpflicht aller Gläubiger und Schuldner erweitert werden.* Wenn dieser hier nur anzudeutende Gesichtspunkt Beachtung findet, dann ist unter ihm zu prüfen, ob die Zahlungsverpflichtungen der Versicherer und Versicherungsnehmer im Sinne dieser Kriegsdienstpflicht von Gläubiger und Schuldner unbedingt erfüllt werden müssen, ob also beider Verpflichtungen nicht von dem etwa zu erlassenden Moratoriumsgesetz grundsätzlich auszunehmen sind. Bei dieser Fragestellung kommt es natürlich ausschließlich auf die Erfüllung der Zahlungsverbindlichkeiten aus dem Versicherungsvertrage an, scheiden also die Fälle aus, in denen kraft Gesetzes (§§ 84, 117 Ziffer 2 VVG., § 10 Ziffer 6 und § 28 des Preußischen Gesetzes betreffend die öffentlichen Feuer-Ver-

[1]) Eine Darstellung der weiteren Zusammenhänge mit Literatur- und Quellennachweisen findet sich in der im Druck befindlichen in Carl Heymanns Verlag erscheinenden Druckschrift des Verfassers: „Der gesetzliche Zahlungsaufschub im Kriege (Moratorium)“, auf die ich zu verweisen mir vielleicht erlauben darf.



sicherungs-Anstalten) oder Vertrages (die besonderen Bedingungen für Kriegsgefahr) eine Zahlungsverbindlichkeit überhaupt nicht zur Entstehung gelangt.

Die brutale Art, mit der die Moratoriumsgesetze der Balkanstaaten jede Zahlungsverpflichtung ohne Ausnahme hinausgeschoben haben, kann als befriedigend nicht bezeichnet werden, mutet vielmehr geradezu kulturwidrig an. Nebenbei mag erwähnt werden, daß Serbien in seinem 1912 erlassenen Gesetz über die Terminsverlängerungen ausdrücklich „die Zahlung von Prämien bei Versicherungsgesellschaften für alle Gattungen von Versicherung des Lebens und des Eigentums“ vom Tage des publizierten Ukases über die Mobilisierung des Heeres prolongiert hat.

Diesem etwas gewaltsamen Verfahren gegenüber schweift der Blick von selbst zurück in die Geschichte der Moratorien, wie sie insbesondere früher nach glücklichen wie unglücklichen Kriegen, so nach dem Dreißigjährigen Kriege und nach dem Siebenjährigen Kriege, wie auch nach den Kriegen 1806/07 gegen Napoleon, erlassen worden sind. So hat Friedrich der Große kurz nach Beginn seiner Regierung Prozeßordnungen erlassen, in denen bei einer genauen Regelung des Moratoriums eine Reihe von Forderungen dieser Rechtswohltat ausdrücklich entzogen wurde. Von Bedeutung für die hier aufgeworfene Frage ist die Ausnahme des ausdrücklichen Verzichtes auf das Moratorium in der Obligation und die Verpflichtung zur Zahlung öffentlicher Abgaben. In letzterer Beziehung mußte also das private Interesse dem öffentlichen weichen. Ob für die private Versicherung, von der hier allein die Rede ist, aus gleichem Grunde eine Ausnahmestellung gegenüber dem gesetzlichen Zahlungsaufschub gefordert werden soll, hängt von der Bedeutung ab, die dem Versicherungswesen in unserem heutigen Wirtschaftsleben beigemessen wird.

Die Meinung wird wohl kaum auf Widerspruch stoßen, daß das Versicherungswesen eine der Hauptsäulen der Kreditverfassung unseres Wirtschaftslebens ist, und daß es dem allgemeinen Staatsinteresse dient, insoweit es zur Aufrechterhaltung dieser Kreditorganisation beiträgt. In dieser Beziehung stehen die privaten Versicherungsunternehmungen den Kreditbanken vollständig gleich, freilich mit dem wichtigen Unterschied, daß den Versicherungsunternehmungen nach ihren Aufgaben jede spekulative Tendenz vollständig fern liegt, und daß ihre eigentliche Aufgabe sich ganz besonders in Fällen des Notstandes, wie es der Krieg ist, erfüllen soll, nämlich dem Versicherungsnehmer oder seinen Erben im Versicherungsfalle die Mittel zur Aufrechterhaltung der durch den Notstand zerstörten oder doch beschädigten wirtschaftlichen Grundlage seiner Existenz zur Verfügung zu stellen.

Von dieser Auffassung aus komme ich dazu, die öffentlichen Aufgaben des Versicherungswesens als ganz besonders wichtig im Kriegsfalle zu betonen und anzunehmen, daß die Erschütterungen des Krieges mit in erster Linie durch die Hilfe der Versicherungsunternehmungen zu überwinden sein werden.[1]) Wegen dieser gar nicht hoch genug anzuschlagenden Wichtigkeit des Versicherungsschutzes ist zu verlangen, daß die Zahlungsverpflichtungen des Versicherers wie des Versicherungsnehmers bei Erforderlichkeit des gesetzlichen

[1]) Deshalb ist es auch Sache des Aufsichtsamts für Privatversicherung, dahin zu wirken, daß in den Versicherungsbedingungen die Kriegsgefahr nicht ausgeschlossen wird, wie es in der Tat bei einigen Lebensversicherungsgesellschaften immer noch der Fall ist.



Zahlungsaufschubs im Kriege von dem Moratorium ausgenommen werden, *und ist den Versicherern zu empfehlen, in die Versicherungsbedingungen eine Bestimmung aufzunehmen, nach welcher der Versicherungsnehmer auf die ihm aus einem künftigen Moratorium zustehenden Rechte verzichtet.* Es bedarf weiter keiner Ausführung, daß in einem solchen Falle die gesetzgebenden Körperschaften vor die Frage gestellt werden, ob sie eine solche Vereinbarung für nichtig erklären sollen. Das erscheint deswegen unwahrscheinlich, weil ja doch der Versicherungsnehmer seine Prämienverpflichtungen durch Beleihung der Versicherung oder vielfach heute auch durch Überweisung von seinem Scheck- oder Bankkonto auf die Konten des Versicherers erfüllen kann und gesetzgeberisch nach dem Dargelegten kein Grund vorliegt, zum wenigsten diese Art der Erfüllung hinauszuschieben.

Wenn die Wirkung dieser Vorschläge das Erlöschen vieler jungen Versicherungen ist, so entspricht dies durchaus der Billigkeit, weil die längstdauernden Versicherungen doch den meisten Schutz verdienen.

Wird aber wirklich, wie es in den Balkanstaaten geschehen ist, die Erfüllung der Prämienverpflichtungen des Versicherungsnehmers durch das Moratorium ganz hinausgeschoben und dadurch der Eingang von Zahlungsmitteln zur Erfüllung der im Kriegsfall eintretenden erheblichen Verbindlichkeiten für den Versicherer abgeschnitten, natürlich ohne Nachteil für den zahlungspflichtigen Versicherungsnehmer, so erhebt sich die Frage, in welcher Weise durch Gesetzgebung oder Vertrag die Zahlungsfähigkeit des Versicherers trotz dieses ganz erheblichen Ausfalles aufrecht erhalten werden kann.

Die Gesetzgebung wird sich voraussichtlich auf dem Wege entwickeln, den das griechische Moratoriumsgesetz vom 6. Oktober 1912 in Artikel 3 geregelt hat: dem Versicherer, dem die Eingänge durch das Moratorium gesperrt sind, muß gestattet werden, daß er seine Verbindlichkeiten im Verhältnis seiner verfügbaren Mittel erfüllt. Das Vorbild des angegebenen Gesetzes ist auch insofern nachahmenswert, als diese Erlaubnis nur auf Antrag erteilt und ihre Ausübung unter Staatsaufsicht gestellt wird, weil dadurch für den Versicherer der Ansporn gegeben wird, von seinem Antragsrecht keinen Gebrauch zu machen und ohne gesetzlichen Zahlungsaufschub seinerseits auszukommen, wie es die griechischen Banken im großen und ganzen mit einer Ausnahme getan haben sollen.

Der Fortbildung des Versicherungsvertrages ist aber in analoger Weise die Bahn dadurch zu eröffnen, daß der Versicherer sich vorbehält, den Versicherungsnehmer, der von dem gesetzlichen Zahlungsaufschub keinen Gebrauch macht, bei Verteilung der verfügbaren Mittel vor denen, die davon Gebrauch machen, zu bevorzugen. Es ist nicht anzunehmen, daß eine solche durchaus berechtigte Vereinbarung in dem Moratoriumsgesetz für nichtig erklärt werden sollte, sicherlich dann nicht, wenn in die Ausübung der so geschaffenen Rechte durch die Versicherungsunternehmungen auf dem Beschwerdewege seitens der Aufsichtsbehörde eingegriffen werden kann. Der Hinweis auf den Rückfall in die Zeit des Polizeistaates, der gegen einen solchen Vorschlag sicherlich ins Feld geführt werden wird, kann die sachliche Berechtigung nicht treffen. Wir werden uns in der Tat an den allmählich Macht gewinnenden Gedanken gewöhnen müssen, daß die Lösung privatrechtlicher Konflikte unter verwaltungsmäßiger Mitwirkung behördlicher Instanzen vielfach besser erfolgen kann und deshalb auch muß, als im Wege des stets starren Rechts.



Bücherbesprechungen.

Weygand, Johannes, Die Grundzüge der Kundenversicherung (Generalversicherung der Speditions- und Lagergüter) mit einer Einleitung über das Interesse als Element der Sachversicherung. Berlin 1914. Guttentag. 162 S.

Die vorliegende Schrift bietet sehr viel mehr, als der Titel erkennen läßt. „*Kundenversicherung*" nennt der Verfasser die (namentlich von den Spediteuren und Lagerhaltern über Transport- und Lagergüter abgeschlossene) Generalversicherung mit der Klausel „für Rechnung, wen es angeht" . . . ein glücklich und mit feinem Sprachgefühl gebildeter Ausdruck, der das Wesentliche hervorhebt, ohne die Benennung mit allzuviel Einzelheiten zu belasten. Das Ziel der Arbeit ist der Nachweis, daß diese Kundenversicherung wirtschaftlich und rechtlich aus dem Kreise der Versicherung für fremde Rechnung herausgehoben und als selbständige, typischen Zwecken gemäße Vertragsform angesehen werden müsse. Die Ausgestaltung dieses Versicherungsvertrages ist beim Mangel zwingender gesetzlicher Regeln durchaus frei; sie wird abgeleitet nicht aus einem von vornherein aufgestellten Grundbegriff, sondern aus der praktischen Ausbildung der vorhandenen Vertragsformulare, aus einer zusammenfassenden Betrachtung des eigenartigen und wesentlichen Zusammenhanges der wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die diese Formulare beherrschen.

Versicherungsnehmer und alleiniger Vertragsgegner des Versicherers ist danach allemal der Spediteur, also der Sekundär-Interessent im Gegensatz zu dem Eigentümer, Versender oder sonstigen Primär-Interessenten. Der Zweck der Versicherung ist der Schutz des ganzen, auf einer typischen wirtschaftlichen Operation (der Güterversendung) beruhenden Interessen-Komplexes. Gegenstand der Versicherung ist das Primär-Interesse, welches ohne Rücksicht auf Willen und Wissen des Primär-Interessenten in der Hand des Sekundär-Interessenten versichert wird. Hierdurch wird erreicht, daß im Versicherungsfalle nicht allein der Primär-Interessent, soweit er sich die Vorteile aus der Versicherung aneignen will, sondern auch der Spediteur hinsichtlich seiner Sekundär-Interessen, d. h. hinsichtlich seiner durch das Speditionsgut im Verlustfalle nicht mehr gesicherten Ansprüche gegen seinen Auftraggeber und hinsichtlich seiner Haftpflicht gegenüber dem Auftraggeber Deckung erlangen kann.

Alles dies wird nicht nur grundsätzlich, sondern auch in allen praktisch wichtigen Einzelheiten erschöpfend durchgeführt, insbesondere beim Übergang der Rechte des Kunden zufolge Veräußerung der versicherten Sache und bei der Rechtsnachfolge in das Interesse, für die wichtigen Fragen einer Verwirkung des Entschädigungsanspruchs durch Handlungen des Kunden oder des Spediteurs, für die Doppelversicherung und für den Fall sonstiger Unwirksamkeit des Versicherungsvertrages.

Man wird die Frage aufwerfen können, ob es zur Erreichung des Ergebnisses wirklich notwendig ist, die Kundenversicherung als selbständiges Rechtsgebilde aufzufassen oder ob nicht vielmehr die Versicherung für fremde Rechnung mit ihrer unendlichen Wandelbarkeit des Verhältnisses zwischen Versicherungsnehmer, Versichertem und Versicherer auch für dieses Gebilde die geeignete Wohnung abgegeben haben würde. Bedenklich stimmt in dieser Beziehung, daß der Verfasser bei der Durchführung seiner Auffassung nicht ohne Fiktionen (S. 138ff.: Abschwächung der „Selbstzweck-Funktion" des Primär-Interesses zur „Konstruktions-Funktion" im Falle verwirkender Handlungen des Primär-Interessenten) und nicht ohne der praktischen Lebensauffassung fernerliegende Konstruktionen (S. 125: Abschluß des Versicherungsvertrags als Offerte des Beitritts gegenüber dem Kunden, dessen Sache von der Versicherung ergriffen wird) auszukommen vermag.



Indessen kann dies an dieser Stelle auf sich beruhen. Denn die wissenschaftliche Bedeutung der Schrift liegt nicht so sehr in ihrem Ergebnis, als in der Methode, durch deren Anwendung dieses Ergebnis erreicht wird. Ich glaube nicht zu weit zu gehen mit der Meinung, daß ich in dieser Beziehung der vorliegenden Schrift aus den letzten Jahren wenig oder gar nichts gleich Wertvolles an die Seite zu stellen wüßte. Wie im Vorwort hervorgehoben wird, hat der Verfasser zufolge persönlicher und beruflicher Beziehungen in fortdauernder Berührung mit den Geschäften des Güterverkehrs gestanden. Er bringt also zur Lösung seiner Aufgabe nicht nur die vollste Beherrschung der allgemeinen und der versicherungsrechtlich bisher ausgebildeten Rechtsgrundsätze mit, sondern auch die Vertrautheit mit den wirtschaftlichen Vorgängen, deren Wichtigkeit mit Recht immer von neuem betont wird. Es bedarf eines Mittelsmannes dieser Art, um die Erscheinungen der Praxis für die Rechtswissenschaft zugänglich und dienstbar zu machen; so erklärt es sich von selbst, daß der Verfasser eine Darstellung und rechtliche Würdigung der Kundenversicherung in den Lehrbüchern, Einzelschriften und Kommentaren bisher vergeblich gesucht hat.

Erst der vorliegenden Schrift verdanken wir demgemäß die Kenntnis der in der Praxis gebräuchlichen Vertragsformulare, also der Spediteurklausel zu den Allgemeinen Bedingungen der Feuerversicherungsanstalten und der Abonnementspolice der Victoria für die Transportversicherung von Eisenbahngütern, Ausgabe für deutsche Spediteure von 1903, sowie der nicht minder interessanten, vom Verein Deutscher Spediteure vorgeschlagenen, aber schließlich nicht in Kraft getretenen Normal-Transport-Versicherungspolice von 1902.

Noch größer ist der mittelbare Gewinn für das Versicherungsrecht. Das eigene Interesse des Spediteurs und Lagerhalters an den ihm anvertrauten Gütern ist unverkennbar und unbestritten; er ist der eigentliche dominus periculi, in dessen Hand allein die in Betracht kommenden Risiken übersichtlich und in großer Zahl zusammenkommen und versicherungstechnisch erfaßt werden können. Wie sich aber dieses eigene Interesse zu den Eigentümer- oder sonstigen Primär-Interessen verhält, wo und wie sich die eigene Versicherung und die Versicherung für fremde Rechnung voneinander scheiden und wie die Schadenberechnung in dem einen oder dem andern Falle aufgestellt werden muß — alle diese und zahlreiche ähnliche Fragen waren bisher Probleme, die ihrer überzeugenden Lösung bisher noch vergeblich harrten, deren Lösung nur von einem Zurückgreifen auf die tatsächlichen Gestaltungen der wirtschaftlichen Praxis erwartet werden kann. Die Kundenversicherung bietet hierfür ein höchst lehrreiches und anschauliches Beispiel. Die vorliegende Schrift zeigt, wie eine Untersuchung dieser Art erfolgreich und im weitesten Sinne fruchtbringend durchgeführt werden kann.

Berlin. Kammergerichtsrat Otto Hagen.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Verzeichnis bis Anfang August 1914 erschienener Schriften auf dem Gebiet des gesamten Versicherungswesens.

Die mit * bezeichneten Schriften sind in der Bibliothek des »Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft« enthalten.

I. Bücher
und Sonderabzüge.

*Bario. Annuario delle assicurazioni in Italia 1914—1915. Rom 1914.

*Basilio. Origine e sviluppo del nostro diritto marittimo. Triest 1914.

*Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1913.

*Brunn. Wie hoch sind die Beiträge für die Krankenversicherung, Invalidenversicherung, Angestelltenversicherung in Groß-Berlin? Berlin 1914.

*Buhl. Ausbau und Entwicklung der deutschen Volksversicherung. In. Diss. Murnau 1914.

*Domizlaff. Die Bestimmungen des Feuerversicherungsvertrags. VI. Auflage. Lankwitz 1914.

*Döhren. Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer in der Seeversicherung. In. Diss. Wandsbek 1913.

*Drexler. Die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung auf genossenschaftlich-sozialer Grundlage. 1. Teil. S. A.

*Dublin. The correspondence course in life insurance, conducted by the Metropolitan Life Insurance Company. New York 1914.

*England. Annuity and insurance regulations 1888—1913. Post Office Savings Bank. London 1904.

*England. National Insurance Acts 1911 to 1913. Report for 1913—14 on the administration of national health insurance. London 1914.

*England. The Working of the Insurance Act. Interim Report of the Committee of Enquiry instituted by the Fabian Research Department in July 1913. 1914.

*Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts. 1. Band. Berlin 1914.

*Geyer. Bemerkungen über die Beschlüsse der Ersten Kammer zu dem Entwurf eines neuen Gebäudebrandversicherungsgesetzes für das Königreich Württemberg. Stuttgart 1914.

*Gockel. Welche Vorteile und Nachteile ergeben sich aus der beabsichtigten Zwangsanlage der Vermögensbestände von Lebensversicherungsanstalten in Staatspapieren? Gera 1914.

*Goldziher. Untersuchungen aus dem Gebiete der Invaliditätsstatistik (ungarisch). Budapest 1914.

*Hetz. Die Depositenversicherung der Kreditgenossenschaften. Berlin 1913.

*Hilbert. Technik des Versicherungswesens (Versicherungs-Betriebslehre). Berlin 1914.

*Hjorth und Palmström. Tillaeg til indstilling til lov om uforhets- og alderstrygd for det norske folk. Kristiania 1914.

*Holland. Rijksverzekeringsbank. Wetenschappelijke Balans op 31. Dec. 1912. Deel 1. Deel 2. Statistiek. Amsterdam 1914.

*Jahresbericht über Soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens. 13. Band. Bericht über das Jahr 1913. Jena 1914.

*Irany. Die deutschen Privatversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1913. 20. Jahrgang. Wien 1914.

*Italien. Lo stato e i metodi delle statistiche della morbilita e mortalita operaia in Italia. Rom 1914.

*v. Köhler, Schäffer, Biesenberger, Schall. Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz mit Erläuterungen. Ergänzungsband. I. Teil. 2. Lieferung. Stuttgart 1914.

*Leitfaden, Kurzer, für die Eintreibung von Versicherungsbeiträgen und die Exekutionsführung bei den Bezirkskrankenkassen. Prag 1914.

*Leitfaden zur Angestelltenversicherung. Ausgabe B. Berlin 1914.

*Mahr. Öffentlich-rechtliche Versicherung oder Privatversicherung? Darmstadt 1914.

*Müller. Die innere Verwaltung einer modernen Versicherungsgesellschaft. Hannover 1914.

*Niederschrift über die 12. ordentliche Bundesversammlung des Bundes der Versicherungsvertreter Deutschlands im Sitzungssaale der Stadtverordneten zu Breslau am 25. und 26. Mai 1914. 1914.

*Österreich. Kaiserliche Verordnung vom 25. Juni 1914, betreffend die Pensionsversicherung von Angestellten.

*Parthier. Das technische Leistungssystem in der Pensions- und in der Todesfallversicherung. Leipzig 1914.

*Peef. Der Versicherungsfall überhaupt und insbesondere bei der Haftpflichtversicherung. Halle 1914.

*Petersen. Das französische Altersrentengesetz vom 5. April 1910. In. Diss. Weida 1913.

*Potthoff. Das erste Jahr der Angestelltenversicherung in Deutschland. Sonderabdruck. Wien 1914.

*Regen. Gemeinschaftliche Maßnahmen, betreffend Havariekommissare. Intern. Vereinigung der Seeversicherer, Kongreß 1914. Tagesordnung Punkt 10. Berlin 1914.

*Renfer. Tabellensammlung für politische Arithmetik, Lebens- und Krankenversicherung. Bern 1912.

*Rohrbeck. Die Einwirkung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag auf die Gestaltung der deutschen Hagelversicherungsbedingungen. S. A. aus der Österr. Zeitschr. f. d. öffentl. u. priv. Vers. Wien.

*Rohrbeck. Einiges zur Frage: Groß- oder Kleinbetrieb im privaten Versicherungswesen. S. A. aus: Mitteilungen f. d. öffentl. Feuerversicherungs-Anstalten. Kiel 1914.

*Rußland. Lois russes d'assurance ouvrière. Paris 1912.

*Sadée und Béraud. Haftung des Versicherers für das Diebstahlrisiko. Intern. Vereinigung der Seeversicherer, Kongreß 1914. Tagesordnung Punkt 7. Berlin 1914.

*Schlegel. Aus dem Versicherungswesen. Zürich 1914.

*Schweizerische Unfallversicherungsanstalt in Luzern. Material zur Vorlage der Direktion an den Verwaltungsrat, betreffend die Aufstellung von Gefahrenklassen und Gefahrenstufen. 1914.

*Stier-Somlo. Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einführungsgesetz vom 19. Juli 1911. 4. Lieferung, §§ 220—356. Berlin 1914.

*Versicherungs-Statistik für 1912 über die unter Reichsaufsicht stehenden Unternehmungen. Herausgegeben vom Kaiserl. Aufsichtsamt für Privatversicherung. Berlin 1914.

*Weilmaier. Brandversicherung, Brandschäden und Brandschutz. Dortmund 1914.

*Wittmayer. Österreichische Arbeiterschutzgesetzgebung vom Standpunkt der Unfallverhütung. Vortrag. Wien 1914.

*Zech. Die Entwicklung der Haftpflichtversicherung in Deutschland. In. Diss. Göttingen 1913.

Allgemeine Schriften.

*Agahd. Großbanken und Weltmarkt. Berlin 1914.

*Apelt und Ilgen. Die Preisentwicklung der Baumwolle und Baumwollfabrikate. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 142. Bd. München 1914.

*Bericht über den II. internationalen Kongreß für Rettungswesen und Unfallverhütung (Wien, 9. bis 13. September 1913). Wien 1914.

*Eulenburg. Kosten der Lebenshaltung in deutschen Großstädten. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 145. Band, Abt. C. München 1914.

*Eulenburg. Preisbildung für gewerbliche Erzeugnisse. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 142. Band, Abt. B. München 1914.

*Feuerwehr, Die, unter der Regierung des Hauses Romanoff. 1613 bis 1913.

*Feuerwehr-Kongreß, VI. Internationaler, Petersburg. Verhandlungen. Petersburg 1913

*Gesamt-Zeitschriften-Verzeichnis. Herausgegeben vom Auskunftsbureau der deutschen Bibliotheken. Berlin 1914.

*Grotewold. Die deutsche Schiffahrt in Wirtschaft und Recht. Stuttgart 1914.

*Grundriß der Sozialökonomik. Abt. I. Wirtschaft und Wirtschaftswissenschaft. Abt. II. Die natürlichen und technischen Beziehungen der Wirtschaft. Tübingen 1914.

*Handelshochschule zu Cöln, Städtische. Amtliches Personal-Verzeichnis für das Sommersemester 1914. Cöln 1914.

*Harster. Sammlung von Vorschriften für die Feuerbeschaukommission in Bayern. 3. Aufl. Berlin 1914.

*Heinemann. Das Einigungsabkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten. Vortrag. Essen 1914.

*Hochschule für kommunale und soziale Verwaltung, errichtet durch die Stadt Cöln. Bericht über die Studienjahre 1912 und 1913. Cöln 1914.

*Hoffman, LL. D. Frederick. The chances of death and the Ministry of Health. New Haven Conn. 1914.

*Jahrbuch, Statistisches, für das Deutsche Reich. Herausgegeben vom Kaiserlichen Statistischen Amte. 35. Jahrgang. Berlin 1914.



*Johnson. Was willst Du wissen? Sonderabdruck: Das Versicherungswesen. Leipzig 1913.

*Kahane. Besserung der Bergungsverhältnisse. Internationale Vereinigung der Seeversicherer. Kongreß 1914. Tagesordnung Punkt 9. Berlin 1914.

*Königsberger Handelshochschule (Altstädtisches Rathaus) Vorlesungs-Verzeichnis für das Winter-Halbjahr 1914/15. Königsberg 1914.

*Kongreß, II. Internationaler, für Rettungswesen und Unfallverhütung 9. bis 13. September 1913. Wien 1914.

*Loeck, Reichsstempelgesetz vom 3. Juli 1913. 12. Aufl. Berlin 1914.

*Manes, Ersatz der Briefmarken durch Frankiermaschinen. Berlin 1914.

*Mangoldt. Einführung in die höhere Mathematik für Studierende und zum Selbststudium. III. Band: Integralrechnung. Leipzig 1914.

*New York. A report on the police pension fund of the city of New York. New York 1914.

*Rintelen. Untersuchungen über die Entwicklung des Handelsregisters. Beilageheft zur »Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht und Konkursrecht«. 75. Band. Stuttgart 1914.

*Schriften des Schutzverbandes für Deutschen Grundbesitz, Berlin. Heft 20. Jahresbericht für 1913 bis 1914. Berlin 1914.

*Schriften des Schutzverbandes für Deutschen Grundbesitz. Nr. 21. van der Borght: Der Schutzverband für deutschen Grundbesitz E. V. und seine Bestrebungen. Budde: Grundsätze unserer Bodenbesteuerung. Berlin 1914.

*Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 142. Band. le Coutre: Die Preisentwicklung in der Steinkohlengasindustrie. — 143. Band. Saitzew: Steinkohlenpreise und Dampfkraftkosten. 144. Band. Mahaim: Preisbildung gewerblicher Erzeugnisse in Belgien. Leipzig 1914.

*Schwedtman. The Prevention of accidents. Springfield 1914.

*Seeunfälle aus neuerer Zeit. Entscheidungen des Oberseeamts und der Seeämter. Berlin 1913.

*Siegel. Die Preisbewegung elektrischer Arbeit seit 1898. Schriften des Vereins für Sozialpolitik. 143. Band, Abt. B. München 1914.

*Stier-Somlo. Die Zukunft der Kommunalwissenschaft. S.-A. Heft 1 der Zeitschrift für Kommunalwissenschaft. 1. Jahrg. Berlin 1914.

*Svenska. Aktuarieföreningens Tidskrift Redaktör N. V. E. Nordenmark. Ab 1. Heft 1914. Upsala 1914.

*Ulrich. Regelung der Decklast von Holz in der Atlantischen Fahrt. Internationale Vereinigung der Seeversicherer. Kongreß 1914. Tagesordnung Punkt 1. Berlin 1914.

*Uruguay. Banco de Seguros del Estado. Montevideo 1914.

*Veröffentlichungen des mitteleuropäischen Wirtschaftsvereins in Deutschland. Heft XVII. Verhandlungen der mitteleuropäischen Wirtschaftskonferenz in Budapest 1914. Leipzig 1914.

II. Zeitschriften.

*Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. (Berlin, 20. Jahrgang Nr. 12 bis 15.) Liniger: Drei interessante Haftpflichtfälle aus angeblich unrichtiger Behandlung seitens des Arztes. — Kurtzig: Die Anhörung von Ärzten im Einspruchsverfahren der Unfallversicherung. — Pach: Das Unfallrisiko des ungarischen Industriearbeiters. — Becker: Der Mißbrauch der Diagnose »Arteriosklerose« bei der Begutachtung der Invaliden.

*Annalen des Deutschen Reichs für Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirtschaft. (Berlin, 47. Jahrgang, Nr. 5 bis 7.) Kompert: Die neuen österreichischen Vorschläge über die Neuordnung der Rechtsstellung der Handelsagenten.

*Annalen des gesamten Versicherungswesens. (Leipzig, 45. Jahrgang, Nr. 24 bis 31.) Das italienische Staatsversicherungsmonopol und das Recht der Ausländer. — Melchior: Die Elektrizität im Luftraum als Schadenursache in elektrotechnischen Anlagen. — Prange: Neuerungen im öffentlichen Feuerversicherungswesen. — Hahn: »Die Immobiliar-Feuerversicherung im Groß-

herzogtum Baden« und »Die Geschichte der Großherzoglich Badischen Gebäudeversicherungsanstalt«. — Werneburg: Wirksamwerden von Anzeigen und Willenserklärungen im Verkehr zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer.

*Arbeiter-Versorgung. (Berlin, 31. Jahrgang, Nr. 17 bis 21.) Schäffer: Hat der Auftraggeber auch für versicherungsfreie Hausgewerbtreibende Zuschüsse nach § 466ff. RVO. zu zahlen? — Weber: Die Rechtsverhältnisse der mittleren und unteren Beamten der Preußischen Landesversicherungsanstalten. — Kobler: Die Vorentscheidung im Beschlußverfahren der Versicherungsämter. — Könen: Aus der berufsgenossenschaftlichen Verwaltungspraxis. — Goerlitz: Die untere Verdienstgrenze als Voraussetzung der Krankenversicherungspflicht. — Lehmann: Das Genehmigungsverfahren für die Dienstordnungen der Krankenkassen. — Path: Hat eine Doppelwaise einen doppelten Anspruch auf Waisenrente? — Prüfungsordnungen für Kassenangestellte. — Hoffmann: Zur Krankenversicherung der Dienstboten. — Marquardt: Eigenbetriebe der Krankenkassen.

*Archiv für Versicherungswirtschaft. (Berlin, 8. Jahrgang, Nr. 20 bis 29.) Der neue Nettokosten-Erlaß. — Über die Bilanzen der Provinzial-Lebensversicherungsanstalten. — Kirschbaum: Anlagezwang für Versicherungsgesellschaften? ·Einschluß der Haushaftpflicht bei der Betriebs-Haftpflicht-Versicherung.

*Berufsgenossenschaft, Die. (Berlin, 29. Jahrgang, Nr. 11 bis 14.) Spiecker: Geschäftsbericht des Vorsitzenden des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften. — Bitter: Die Rechtsstellung der Berufsgenossenschaften gegenüber Ansprüchen des Verletzten aus dem Reichshaftpflichtgesetz. — Schauseil: Ärzte und Berufsgenossenschaft.

*Betriebskrankenkasse. (Essen, 7. Jahrgang, Nr. 11 bis 14.) Zum Berliner Abkommen. — Frankenberg: Die Zahnpflege bei den Krankenkassen. — Wahlen zu den Oberversicherungsämtern usw. — Zur Rechnungsführung der Krankenkassen.

*Deutsche Krankenkassen-Zeitung. (Berlin, 14. Jahrgang, Nr. 17 bis 22.) Die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden in der Praxis. — Sydow: 1½ Millionen-Pump der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. — Die unbedingte Geltung der 4000 Mk.-Grenze.

*Deutsche Versicherungs-Presse. (Berlin, 42. Jahrgang, Nr. 23 bis 29.) Rückblick auf das Geschäftsjahr 1913 in der Glasversicherung. — Doppelversicherung. — Die deutschen Lebensversicherungsgesellschaften in den Jahren 1909/13. — Wieprecht: Die Anstellungsverträge der Versicherungsvertreter.

*Deutsche Versicherungs-Zeitung. (Berlin, 55. Jahrgang, Nr. 42 bis 57.) Die Propaganda der öffentlichen Lebensversicherungs-Anstalten vor dem Forum des Bundes der Versicherungsvertreter Deutschlands. — Haftpflichtgefahren aus der Telephonbenutzung. — Wieprecht: Die Ausbeutung der Haftpflichtversicherung durch das Publikum. — Das deutsche Feuerversicherungs-Geschäft in 1913. — Wandlungen im Verband der Deutschen Versicherungsbeamten. — Die geschichtliche Entwicklung der neuen Gesetze über das Versicherungswesen als Erwerbstätigkeit in Dänemark, Norwegen und Schweden. — Depositenversicherung und der Niedergang des Privatbankierstandes. — Eine Zusatzversicherung zur Angestelltenversicherung. — Lübstorff: Kundenversicherung. — Hagelversicherung und Ernteaussichten. — Seeversicherungs-Kongreß 1914. — Koeppler: Zur Mathematik der Pensionsversicherung. — Die Lage des Versicherungswesens in Serbien und die deutsche Privatversicherung.

*Handel und Industrie. (München, 23. Jahrgang, Nr. 1173 bis 1182.) Eisenberger: Die Provisionsabgabe der Agenten an Versicherungsnehmer. — Die öffentlich-rechtliche Lebensversicherung. — Melchior: Elektrizität im Luftraum als Schadenursache in elektrotechnischen Anlagen. — Konzentrationsbestrebungen im Versicherungswesen. — Haftpflicht des Automobilbesitzers und neueste Rechtsprechung. — Die Lage des Versicherungsgewerbes. — Das Verschweigen von Vorerkrankungen in der Lebensversicherung. — Depositenversicherung. — Zur Politisierung der Assekuranz. — Lebensversicherung und Kriegsgefahr. — Nochmals die Depositenversicherung.

*Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. (Jena, III. Folge, 48. Band, 1. Heft.) Friedmann: Die Wohlstandsentwicklung in

*Nationalökonom. (Wien, 27. Jahrgang, Nr. 15 bis 21.) Die deutschen Unfall- und Haftpflichtversicherungs-Gesellschaften im Jahre 1913. — Die Todesursachen bei österreichischen Versicherten. — Die deutschen privaten Lebensversicherungsgesellschaften im Jahre 1913. — Die deutschen Feuerversicherungs-Aktiengesellschaften im Jahre 1913.

*Österreichische Revue (Wien, 39. Jahrgang, Nr. 23 bis 30.) Klang: Einige Bemerkungen zur Versicherung minderwertiger Leben. — Kutasi: Einbruchsversicherungsjudikatur in Ungarn. — Loew: Steuer- und Gebührenfragen des österreichischen Versicherungswesens. — Gross: Zur Versicherung Minderwertiger. — Brämer: Nachtrag zur Abhandlung »Über die Vermehrung der Schadenbrände«. — »Ausspannung«. — Mertins: Die ärztliche Berufsgefahr und die Unfallversicherung. — Blunck: Zur Verallgemeinerung der Blitzableiter. — Grohmann: Der Lebensversicherungsarzt dem Morbus Basedowii gegenüber. — Makler im Binnenlande. — Der Polizenrückkauf in der Lebensversicherung. — Westergaard: Die ehemalige Sterblichkeit in Japan. — Regelung der Kautionsverhältnisse bei Ersatzverträgen in Österreich. — Wehberg: Ausländische Versicherungsgesellschaften und der Wehrbeitrag. — Furlan: Das schweizerische Versicherungswesen im Jahre 1912.

*Österreichische Zeitschrift für öffentliche und private Versicherung. (4. Jahrgang, 4. Heft.) Potthoff: Das erste Jahr der Angestelltenversicherung in Deutschland. — Heiden: Einige Erfahrungen mit der Reichsversicherungsordnung. — Rohrbeck: Die Einwirkung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag auf die Gestaltung der deutschen Hagelversicherungsbedingungen. — Brüders: Die in dem Madrider Kongreß der International Law Association berührten Rechtsfragen der Transportversicherung. — Steinitzer: Der gegenwärtige Stand der Volksversicherung in Deutschland. — Wollner: Die Stellung der Frau im österreichischen Gesetzentwurf über die Sozialversicherung. — Wokurek: Die »Ehrenämter« in der Sozialversicherung.

*Österreichische Versicherungs-Zeitung. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 22 bis 31.) Der Außendienst in der Lebensversicherung. — Gruber: Über die Bilanzierung der Zuzählungsgebühren von Hypothekardarlehen. — Melchior: Die Elektrizität im Luftraume als Schadenursache in elektrotechnischen Anlagen. — Koepler: Das Bernoullische Theorem und die Regel von Bayes.

*Versicherungsfreund. (Wien, 41. Jahrgang, Nr. 16 bis 21.) Der holländische Gesetzentwurf zur Regelung des Lebensversicherungsbetriebes. — Die Wahrung des Regresses im Schadenfalle. — Über die Antragsaufnahme in der Unfall-Versicherung. — Koeppler: Eine Aufgabe der mathematischen Statistik.

Die Abteilung „Rundschau“ fällt während des Krieges aus. Heft 6 des Jahrgangs 1914, dessen Redaktion bereits abgeschlossen ist, erscheint pünktlich am 1. November.

Schluß der Redaktion: 3. August 1914.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W 30.

Gedruckt in der Königl. Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn,
Berlin SW68, Kochstraße 68—71.



Abhandlungen.

Anthropometrie und Lebensversicherung.

Eine Studie zur Medico-Actuarial Investigation
von Prof. Dr. phil. Georg Bohlmann (Berlin).

Inhalt des Textes.

Einleitung.

1. *Zweck des Aufsatzes.* Veranlaßt ist dieser Aufsatz durch das Erscheinen einer neuen Untersuchung über die Sterblichkeit besonderer Risikenklassen, die jetzt unter dem Namen:

Medico-Actuarial Mortality Investigation

von amerikanischen Versicherungsärzten (Association of Life Insurance Medical Directors) und Versicherungstechnikern (Actuarial Society of America) durch den Vorsitzenden der Zentralstelle, Herrn *Arthur Hunter,* in New York veröffentlicht wird. Bisher sind vier Bände erschienen. Band 1 (1912) enthält eine Statistik der Sterblichkeit und der Körpermaße von normal Versicherten, Band 2 (1912) eine Untersuchung der Todesursachen, der Frauensterblichkeit, und der Sterblichkeit von Farbigen in Nordamerika. Band 3 (1913) behandelt den Einfluß des Berufes der Antragsteller auf die Sterblichkeit, wobei auch solche Fälle einbegriffen wurden, in denen der Beruf die Ausstellung einer Versicherung zu normalen Bedingungen nicht erlaubte. Mit Band 4 (1914) beginnt die Untersuchung derjenigen Risikenklassen, bei denen ärztliche Bedenken vorlagen.

Natürlich kann man durch bloße summarische Inhaltsangaben größeren statistischen Untersuchungen in der Lebensversicherung nur sehr unvollkommen gerecht werden. Besonders gilt dies für ein Werk von solcher Vielseitigkeit wie das amerikanische, wo fast jede der in ihm behandelten Einzelfragen ein gründliches vorbereitendes Studium erfordert. Ich habe mich daher entschlossen, *einen* Gegenstand herauszugreifen und im Folgenden ausschließlich zu behandeln, nämlich die Statistik der Körperlängen und Körpergewichte und der entsprechenden Sterblichkeit der Versicherten. Versicherungsärzte und Versicherungstechniker vieler Länder haben neuerdings die grundlegende praktische Bedeutung hervorgehoben, die diese Frage für die Einschätzung der Risiken hat, und zum Teil sehr wertvolle Beiträge zu ihrer Lösung geliefert.

Besteht nun auch das eigentliche Ziel meines Berichtes darin, dem deutschen Leser die Ergebnisse deutlich zu machen, zu denen die Medico-Actuarial Mortality Investigation in der bezeichneten Richtung geführt hat, so kann eben dieses nicht erreicht werden, wenn nicht gleichzeitig die wichtigsten Resultate mitgeteilt werden, zu denen man anderweitig und im besonderen in Deutschland gekommen ist. Aus demselben Grunde war es nicht möglich, die Darstellung auf das Versicherungswesen zu beschränken. Die Statistik der Körperlängen und Körpergewichte ist ein Teil der Anthropometrie. Hier liegen außerordentlich wertvolle und umfangreiche Werke vor, in denen Messungen an Schulkindern, Rekruten und anderen, ohne Rücksicht auf das Versicherungswesen abgegrenzten Volksklassen statistisch verarbeitet sind. Wenn wir daher von dieser Literatur ausgehen, so betonen wir einmal einen Zusammenhang zwischen Lebensversicherung und einer Wissenschaft, der man in weiten Kreisen Teilnahme entgegenbringt; andererseits folgen wir nur der Geschichte. Denn anthropometrische Fragen wurden in der Lebensversicherung viel später in Angriff genommen, als in der eigentlichen Anthropometrie.

Es sei gestattet, in diesem Aufsatz der Kürze halber den provisorischen Ausdruck „allgemeine Anthropometrie“ zu gebrauchen, wenn es sich um Körpermessungen bei Gesamtheiten handelt, die ohne Rücksicht auf das Versicherungswesen abgegrenzt, also nicht ausschließlich aus Versicherten von privaten Lebensversicherungs-Gesellschaften zusammengesetzt sind. Dieser allgemeinen Anthropometrie ist das erste Kapitel gewidmet. Es hat lediglich einen einführenden Charakter und behandelt nur solche Punkte, die Bedeutung für die Lebensversicherung gewonnen haben. Natürlich kann die Meinung nicht die sein, daß sich die numerischen Ergebnisse unmittelbar auf die Lebensversicherung anwenden ließen. Dazu sind Material und Fragestellungen zu verschieden. Die Kontinuität der Interessen zweier verwandten Wissensgebiete zu betonen und zu vermitteln, ist der einzige Zweck des ersten Kapitels.

In das einführende Kapitel sind auch die Beziehungen des Themas zur Versicherungsmedizin aufgenommen. Denn wenn auch ärztliche Fragen, da ich in ihnen Laie bin, hier vollständig auszuscheiden haben, so ist doch bei Untersuchungen wie der vorliegenden

eine enge Fühlungnahme zwischen Versicherungstechnikern und Versicherungsärzten unbedingt erforderlich. Das allgemeine Problem der Einschätzung der Risiken überhaupt und der minderwertigen Risiken im besonderen, das die Medico-Actuarial Mortality Investigation veranlaßt hat, kann erfolgreich gar nicht in Angriff genommen werden, ohne das verständnisvolle Zusammenarbeiten von Versicherungstechnikern und Versicherungsärzten, wie es in dem amerikanischen Unternehmen beredt zum Ausdruck gekommen ist. Vielleicht hat man die sachlichen Schwierigkeiten dieses Zusammenarbeitens bisher überschätzt, und vielleicht ist das ein Grund dafür, daß man die Versicherung der minderwertigen Risiken in europäischen Fachkreisen noch vielfach als eine praktisch fast unlösbare Aufgabe ansieht. Aber das besondere Thema, das uns hier beschäftigt und das das erste grundlegende Element des allgemeinen Problems bildet, hat uns zu der Erkenntnis geführt, daß aus der gemeinsamen Forschung von selbst eine übersichtliche Arbeitsteilung hervorgeht, der Art, daß die statistische Frage, sobald sie klar gestellt ist, für sich auf rein versicherungstechnischer Basis behandelt, und das Ergebnis dann wieder dem Versicherungsarzte zur praktischen Anwendung zur Verfügung gestellt wird.

Der Abschnitt, der hier der versicherungsmedizinischen Literatur gewidmet ist, hat, wie das ganze erste Kapitel, nur einen einführenden Charakter. Es ist weder irgendwie Vollständigkeit erstrebt, noch sollten andere Punkte als die zur Sprache kommen, die für mathematisch-statistische Fragen Bedeutung haben. Immerhin ist man als Laie auch bei dieser Beschränkung der Aufgabe der Gefahr des Übersehens oder Mißverstehens wesentlicher Punkte ausgesetzt. Das gleiche gilt für den anthropometrischen Teil des Kapitels. Berichtigungen von fachmännischer Seite werden daher nicht nur den Lesern dieses Aufsatzes, sondern auch dem Verfasser hoch willkommen sein.

Erstes Kapitel. Einführung.

Allgemeine Anthropometrie und Versicherungsmedizin.

2. *A. Quetelet.* *Quetelet* ist der Vater der anthropometrischen Statistik. Seine

Recherches sur la loi de la croissance de l'homme, Brüssel 1831,

enthalten Tabellen, die die durchschnittlichen Körperlängen für die einzelnen Alter bei belgischen Männern und Frauen angeben. Wir gebrauchen hier den Ausdruck „durchschnittlicher" Wert synonym mit „mittlerer" Wert zur Bezeichnung des gewöhnlichen arithmetischen Mittels, bei dem jeder Individualwert mit der Häufigkeit berücksichtigt ist, mit der er beobachtet ist. Ähnliche Tafeln wie die erwähnten hat *Quetelet* später für die durchschnittlichen Körpergewichte, den durchschnittlichen Brustumfang, und, ursprünglich geleitet durch künstlerische Interessen, auch für viele andere Körpermaße und deren Proportionen zueinander aufgestellt. Zusammengefaßt ist ein großer Teil der Ergebnisse in seiner

Anthropométrie, Brüssel 1870.

Charakteristisch für *Quetelet* ist bekanntlich sein Glaube an die



Existenz von Typen; sei es für ganze Völker, sei es für den Menschen als solchen, sei es für einzelne seiner Merkmale, wie Körperlänge, Körpergewicht usw. Charakteristisch für *Quetelet* ist aber auch andererseits der Versuch, seinen Glauben objektiv zu rechtfertigen, nämlich durch einen Vergleich der relativen Häufigkeit der Abweichungen der Individualmaße vom Durchschnitt mit der durch die „normale" Häufigkeitskurve bestimmten Verteilung, die die rein zufälligen Abweichungen der klassischen Wahrscheinlichkeitsrechnung ergeben. *Quetelet* glaubte eine vollkommene Übereinstimmung der beiden Kurven konstatiert und damit die Existenz seiner Typen bewiesen zu haben. Wir verweisen auf die Beispiele in seinen

Recherches statistiques, Brüssel 1844,

und in seiner Anthropométrie. *Quetelet*s Glaube an Typen in dieser reinen Form ist gestürzt. Die anthropometrische Statistik als solche aber hat Bestand gewonnen und sich entwickelt, indem die von *Quetelet* an die Spitze gestellte Forderung, auf der sie beruht, nur noch schärfer als von ihm selbst betont wurde, nämlich: an die Stelle subjektiver bloß qualitativer Beschreibung von Einzelfällen objektive, quantitative Messungen und deren Mittelwerte zu setzen. Auch die andere Forderung *Quetelet*s ist mindestens im Prinzip anerkannt, wenn sie auch bei den Praktikern nicht so populär geworden ist, als zu wünschen wäre, nämlich die, neben dem Mittelwerte selbst auch die Verteilung der Abweichungen vom Mittel zu würdigen. Denn was hat es für einen Sinn, die Frage nach der Existenz von charakteristischen Unterschieden, z. B. bei der durchschnittlichen Körperlänge der Angehörigen verschiedener Nationen aufzurollen, wenn man nicht auch den mittleren Fehler des Durchschnittswertes berechnet, der allein einen Maßstab für die Erheblichkeit der Unterschiede abgeben kann? Und wie unbestimmt bleibt auch dieser Maßstab, solange als man nicht an der Hand der erfahrungsmäßig gegebenen Häufigkeitskurve feststellt, welche Wahrscheinlichkeiten den einzelnen Vielfachen des mittleren Fehlers entsprechen! Hiervon absehen kann man höchstens dann, wenn man die Mittelwerte für zwei Materiale A und B in mehreren vergleichbaren Untersuchungen ermittelt und immer einen Unterschied im selben Sinne gefunden hat. Diese Bedingung der Vergleichbarkeit ist aber gerade in der allgemeinen Anthropometrie in den seltensten Fällen erfüllt. Glücklicherweise sind in den bedeutenderen anthropometrischen Veröffentlichungen nicht nur die gewonnenen Mittelwerte, sondern meist auch die Daten, aus denen sie abgeleitet sind, im einzelnen mitgeteilt, eine Diskussion der Abweichungen vom Mittel also, wenn sie nicht schon vom Verfasser selbst vorgenommen ist, nachträglich ermöglicht. Ein wesentlicher Unterschied zwischen *Quetelet*s Betrachtungsweise und der kritischen durch *W. Lexis* begründeten Auffassung der Jetztzeit ist allerdings hier festzustellen. Während *Quetelet* geneigt war, die empirische Häufigkeitskurve der Abweichungen ohne ernstere Prüfung mit der „normalen" zu identifizieren, wird jene heutzutage den wirklichen Beobachtungen durch eine geeignete Ausgleichung schärfer angepaßt. Bekannt sind die Methoden,

die zu diesem Zwecke von der englischen Schule nach *K. Pearsons* Vorgang ersonnen und zum Teil auch auf anthropometrisches Material angewandt wurden. Sie sind in einer den Versicherungstechniker ansprechenden Form von

P. Elderton, Frequency curves and correlation, London 1906,

dargestellt, wobei auch die für solche Fragen bedeutsame Lehre von der Korrelation berücksichtigt ist. Daß bei diesen Ausgleichungen etwas theoretisch in sich Abgeschlossenes vorläge, wie es *Quetelet* in dem Schema der klassischen Wahrscheinlichkeitsrechnung vorfand, kann allerdings nicht behauptet werden. Die theoretische Begründung der *Pearson*schen Ansätze, deren heuristischer Wert nicht bestritten werden soll, ist im Gegenteil höchst unbefriedigend. Die praktische Notwendigkeit solcher Untersuchungen ist aber zwingend.

3. *J. Hutchinson.* Während *Quetelet* sich darauf beschränkte, bei Körperlänge und Körpergewicht jeden dieser Mittelwerte für sich für die einzelnen Alter zu ermitteln, verlangt die heutige Anthropometrie für Versicherte das durchschnittliche Körpergewicht für jede Kombination von Alter und Körperlänge zu bestimmen. Einen ersten Schritt über *Quetelet* hinaus hat der englische Chirurg *John Hutchinson* in seiner Arbeit getan:

On the capacity of the lungs and on the respiratory functions, Medico-Chirurgical Transactions, Band 29, London 1846, p. 137,

die ihn nebenbei auch dazu führte, das durchschnittliche Körpergewicht von 3000 Engländern einer mittleren Altersklasse für die einzelnen Höhenstufen mitzuteilen. Diese Engländer gehören freilich den verschiedensten Berufen an und bilden eine bunt zusammengewürfelte Gesellschaft. Die Alter variieren stark, von 15 bis zu 40 Jahren. Das Körpergewicht begreift die Kleidung ein. Die entstandene ursprüngliche Tafel steht als „table F" auf Seite 165 des *Hutchinson*schen Aufsatzes. Sie ist unausgeglichen und von dem österreichischen Versicherungsarzte *Richard Carmelich* auf Seite 15 seines Buches abgedruckt:

Die Fettleibigkeit und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung, Triest 1908.

Aus seiner „table F" hat dann *Hutchinson* eine primitiv ausgeglichene „table G" (a. a. O. S. 166) für männliche Engländer abgeleitet, bei der die äußersten Werte der Körperlängen fortgelassen sind, so daß ein Material von 2648 Personen übrig blieb.

Nach heutigen Begriffen ist das natürlich eine sehr rohe Tafel, zumal der Spielraum für die Alter viel zu groß ist. Sie ist aber merkwürdig populär geworden und wird noch heute, in metrische Maße umgerechnet, auf unseren automatischen Wagen dem deutschen Publikum als Muster hingestellt dafür, wie viel der normale Mensch wiegen soll. In Wirklichkeit hat gerade die Anthropometrie für Versicherte ergeben, daß das durchschnittliche Körpergewicht des Deutschen beträchtlich höher als bei der angelsächsischen Rasse ist. Den späteren Darlegungen vorgreifend wollen wir daher in der folgenden Tafel I die von *J. Karup* gefundenen Durchschnittsgewichte von männlichen Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank (vgl.

Nr. 12), die *Hutchinson*sche „table G" und die Tabelle für Männer bei unseren elektrischen Wagen einander gegenüberstellen. Die *Karup*schen Zahlen sind dabei für das Alter 30 berechnet, das als das Durchschnittsalter von *Hutchinsons* Tafel gilt.

Tafel I. Durchschnittliches Körpergewicht bei gegebener Körperlänge. *Hutchinsons* Tafel *G* und *Karups* Tafel für das Alter 30.

	Durchschnittsgewicht				Durchschnittsgewicht		
Körperlänge cm	*Hutchinsons* Werte auf Viertel-Kilo abgerundet kg	Wage der *Gebr. Stollwerck* Tafel für Männer kg	*Karups* Tafel für das Alter 30 kg	Körperlänge cm	*Hutchinsons* Werte auf Viertel-Kilo abgerundet kg	Wage der *Gebr. Stollwerck*, Tafel für Männer kg	*Karups* Tafel für das Alter 30 kg
156	55½	55¼	63½	172	69½	69½	75
158	57¾	57¾	64½	174	72	72	77
160	60¼	60¼	66	176	74½	74½	79
162	62½	62½	67	178	76¾	76¾	80
164	63¾	63¾	68½	180	78¾	78¾	82
166	65	65	70	182	—	80	85
168	66	66	71	184	—	81½	87
170	67	67	73				

Die sogenannten Normalgewichte für Männer, die unsere Wagen angeben, sind also in der Tat, was auch mit anderen Ergebnissen stimmt, viel zu klein. Möglicherweise ist aus diesem Grunde, um eine teilweise Korrektur zu bewirken, auf den Wagen zu lesen:

„Die obigen Angaben verstehen sich ohne Kleidungsstücke", während für *Hutchinsons* Tafel — ebenso wie für die zum Vergleich herangezogenen *Karup*schen Zahlen — das Gegenteil gilt.

Wir erwähnen bei dieser Gelegenheit zwei Korrektionen, die dem durchschnittlichen Einfluß der Kleidung auf das Durchschnittsgewicht Rechnung tragen sollen. *Hutchinson* macht sich eine Schätzung *Quetelets* zu eigen, wonach das Gewicht mit Kleidern beim erwachsenen Manne um ein Achtzehntel größer sein soll als ohne Kleider. Der belgische Versicherungsarzt *E. Poëls* spricht in seiner in Nr. 7 dieses Aufsatzes erwähnten Arbeit von einem Abzug von 2 Kilogramm. Wir werden von solchen Reduktionen, die auf Genauigkeit keinen Anspruch machen, ganz absehen und nur bei jeder unserer Tafeln angeben, ob die Gewichte mit oder ohne Kleidung gemeint sind.

4. *Gould und Baxter.* Wir kommen jetzt zu der umfangreichen Gruppe von zum Teil sehr wertvollen Statistiken, die militärischen Zwecken dienen. Bald nach Ausbruch des Bürgerkrieges (1861/64) zwischen den Nord- und Südstaaten der amerikanischen Union erkannte man, wie wichtig es vom militärischen Gesichtspunkte aus war, nur vollständig dienstfähige Personen einzustellen. Um für die körperliche Tauglichkeit objektive Normen zu gewinnen, wurde

beschlossen, eine Statistik der Körpermerkmale von für den Militärdienst untersuchten Personen der Vereinigten Staaten vorzunehmen. Zwei Behörden waren es, die ein solches Unternehmen in die Wege leiteten. Einmal der Gesundheits-Ausschuß der Vereinigten Staaten in New York (United Staates Sanitory Commission), der *B. A. Gould,* einen namhaften Gelehrten, mit dieser Aufgabe betraute. Sodann das Kriegsministerium in Washington, dessen Sekretär (Secretary of War) eine ebensolche Arbeit durch den leitenden Militärarzt *J. H. Baxter* auf breitester Grundlage vornehmen ließ. *B. A. Gould* hat seine Ergebnisse 1869 in dem Buche veröffentlicht:

Investigations in the military and anthropological statistics of American soldiers, New York;

J. H. Baxter die seinigen im Jahre 1875 in dem zwei starke Quartbände umfassenden Werke:

Statistics, medical and anthropological of the Provost-Marshall-General's bureau, Washington.

Diese beiden Untersuchungen geschahen aber nicht im Einvernehmen miteinander, vielmehr hat das Kriegsministerium, das seine eigene Publikation plante, die als die eigentlich amtliche anzusehen ist, Herrn *Gould* nur in höchst unvollständigem Maße Material zur Verfügung gestellt. Dadurch jedoch, daß er sich mit den Aushebungsstellen der Einzelstaaten in Verbindung setzte, ist es *Gould* gelungen, eine große Menge von Daten zu sammeln und diese später durch selbständige Nachforschungen eines eigenen Stabes von Agenten erheblich zu vermehren und zu ergänzen. Das Material dieser zweiten Art (later series) ist es, das nach den kritischen Bemerkungen *Baxters* das ungleich wertvollere ist. Überhaupt verweisen wir wegen der Beurteilung der *Gould*schen Unterlagen auf die einschlägigen Stellen des Werkes von *Baxter,* der trotz der Rivalität beider Unternehmen und der zweifellosen Überlegenheit des ihm selbst zur Verfügung stehenden Stoffes nicht umhin kann, von den Ergebnissen *Goulds* vielfach mit Anerkennung zu sprechen. Das *Baxter*sche Buch verbreitet sich ferner eingehend über die Technik des Meßverfahrens und die vielen äußeren Umstände, die die Körpermaße affizieren. Hiernach wird schon die individuelle Körperlänge, obwohl doch eine viel beständigere Größe als z. B. Brustumfang oder Körpergewicht, von den verschiedensten Faktoren beeinflußt; sie ist z. B. im Liegen größer als im Stehen. Überhaupt wird der Leser über derartige „Präzisionsfragen" sehr gut durch die militärischen Statistiken belehrt, im besonderen sei auf die neuere italienische Statistik von *R. Livi* verwiesen, auf die wir in Nr. 6 zu sprechen kommen werden. Im übrigen müssen wir es uns versagen, auf die Art des Materials und die erzielten Ergebnisse bei *Gould* und bei *Baxter* hier einzugehen. Wer sich hierfür interessiert, sei auf die Quellen sowie auf den Bericht verwiesen, den *J. Ranke* in dem bekannten populären Werke gegeben hat:

J. Ranke, Der Mensch, Bd. 2, Leipzig und Wien 1912.

Man findet dort auf Seite 100 bis 208 nicht nur einige der amerikanischen Resultate wiedergegeben, sondern auch eine zusammen-

hängende, für den Laien bestimmte Darstellung der gesamten einschlägigen anthropometrischen Arbeiten. Hier genüge es, zu sagen, daß die Bücher von *Gould* und *Baxter* beide, wenn auch in verschiedener Anordnung und für zum Teil verschiedenartiges Material, die Durchschnittswerte der Körperlängen, Körpergewichte, des Brustumfanges und andere Körpermerkmale in ihrer Abhängigkeit vom Alter, voneinander und von dem Lande der Geburt untersuchen. Besonders bemerkenswert ist für uns eine Tabelle bei *Gould,* in der zum ersten Male für jedes einzelne Alter das durchschnittliche Körpergewicht festgestellt ist, das zu einer gegebenen Körperlänge gehört, womit zum ersten Male in der allgemeinen Anthropometrie das Problem vollständig behandelt ist, das heutzutage die Grundlage in der Anthropometrie der Lebensversicherung bildet. Es sei namentlich die Tabelle XVII auf Seite 423 bis 425 des *Gould*schen Buches erwähnt, die sich auf weiße Soldaten der „later series“ bezieht.

5. *Neuere Literatur im allgemeinen.* Den bisher besprochenen älteren Werken steht eine umfangreiche neuere anthropometrische Literatur gegenüber. Es tritt dabei das Bestreben zutage, Körpermerkmale zu finden, deren Durchschnittswerte für einzelne Völkerschaften, Stämme oder Rassen charakteristisch sind. Es ist daher erklärlich, daß bei dieser Interessenrichtung dem Körpergewicht im allgemeinen weit weniger Beachtung geschenkt worden ist als beispielsweise der durchschnittlichen Körperlänge, von anderen dem Anthropologen sehr wichtigen Merkmalen, die aber für uns keinerlei Interesse haben, wie Farbe der Haut, der Augen, der Haare, Schädelmessungen usw., ganz zu schweigen. Denn da das Körpergewicht schon bei einem und demselben Individuum beträchtlichen Schwankungen unterworfen ist, so liegt die Vermutung nahe, daß auch sein Mittelwert für eine gegebene Gesamtheit besonders labilen Charakter hat. Daß dieser Schluß nicht ohne weiteres zwingend ist, werden die in Nr. 8 und 9 wiedergegebenen Resultate aus der Anthropometrie der Lebensversicherung lehren.

Was nun die Frage nach einer charakteristischen Bedeutung der Körperlänge für einzelne Völkerschaften anlangt, so scheint man in dieser Richtung zu einem abschließenden Ergebnis noch nicht gelangt zu sein. Wir lernen von den Anthropologen, daß man bei Vergleichen verschiedener Messungsresultate miteinander außerordentlich vorsichtig sein muß und daß in der älteren Literatur hier nicht immer kritisch genug verfahren ist. Um dem Leser eine Probe zu geben von einigen Punkten, auf die dabei zu achten ist und das von den Anthropologen selbst Vorgebrachte nach der mathematischen Seite etwas zu ergänzen, geben wir in der folgenden Tafel II für einige Nationen die gefundenen durchschnittlichen Körperlängen von militärdiensttauglichen Personen, die entweder 20 oder 20 bis 24 Jahre alt waren. Die Körpermaße gelten hier durchgängig — wie fast immer in militärischen Statistiken, im Gegensatz zu den Statistiken für Versicherte — ohne Kleidungsstücke, d. h. also für die Körperlängen ohne Schuhe und Strümpfe.

Tafel II. Durchschnittliche Körperlängen bei einigen Nationen für militärdienst-tauglich befundene Personen.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Zeile	Nation	in	Quellenhinweis	Anzahl der gemessenen Personen	Durchschnittliche Körperlänge		Mittlerer Fehlen von (7) bzw. (6)
					n. Quelle cm	neu berechnet cm	cm
				Alter 20.			
1	Ungarn	Ungarn	(a)	8.884	161.9	163,5	± 0,07
2	Deutsche	"	(a)	4.926	164,6	164.5	0,09
3	Slaven	"	(a)	1.487	164,6	163.4	0,17
4	Juden	"	(a)	810	163,3	163,8	0,22
5	Italiener	Italien	(b)	256.166	164,7		0,01
6	Nord-Amerikaner	Ver. Staat.	(c)	11.526	171,5		0,06
				Alter 20—24.			
7	Nord-Amerikaner	Verein. Staaten	(c)	52.393	172.3	172.3	0.03
8	Deutsche	"	(c)	6 032	—	169,0	0,08

(a) *S. H. Scheiber,* Archiv für Anthropologie Band 13, Braunschweig 1881. p. 260.
(b) *R. Livi,* a. a. O. (Nr. 6 dieses Aufsatzes) Band 2, Tavole statistiche, p. 18 u. 19.
(c) *J. H. Baxter,* a. a. O. Band 1, p. 19, Band 2 p. 200 ff. (Table 4), Band 2 p. 282 ff. (Table 9).

Spalte (6) dieser Tafel gibt die unmittelbar den angegebenen Quellen entnommene durchschnittliche oder mittlere Körperlänge wieder. In Spalte (7) dagegen ist in einigen Fällen die durchschnittliche Körperlänge von mir neu berechnet. *Scheiber* versteht nämlich unter mittlerer Körperlänge, abweichend von der in allen anderen Fällen geltenden gewöhnlichen Definition des arithmetischen Mittels, einfach die häufigste Körperlänge, seine Zahlen dürfen also gar nicht, wie dies z. B. *R. Livi* (a. a. O. Bd. 1, S. 34) in einer größeren Zusammenstellung tut, bei der allerdings überall die genauen Quellen angegeben sind, mit den gewöhnlich berechneten mittleren Höhen verglichen werden. Da aber *Scheiber* sein Material in extenso veröffentlicht hat, ist es sehr leicht, die richtigen Mittelwerte zu bestimmen, und dies ist in Spalte (7) geschehen. Wie man sieht, sind die Unterschiede für den Vergleich keineswegs bedeutungslos. Was die *Baxter*schen Zahlen anlangt, so ist für die mittlere Höhe der zwanzigjährigen Amerikaner das Urmaterial nicht mitgeteilt, wohl aber für die Amerikaner im Alter von 20 bis 24 Jahren. Für Deutsche dieser Altersklasse in Amerika ist nur das Urmaterial in derselben Form veröffentlicht, der Mittelwert konnte daher von mir auf derselben Basis, wie *Baxter* dies für die Amerikaner dieser Altersklasse getan hat, neu berechnet werden. Auf Grund des Urmaterials war es auch möglich, die mittleren Fehler der Durchschnittswerte zu bestimmen, die in Spalte (8) der obigen Tafel angegeben sind. Man

bemerkt, daß der mittlere Fehler um so größer ausfällt, je kleiner das Beobachtungsmaterial ist. Er ist bekanntlich ceteris paribus der Quadratwurzel aus der Anzahl der gemessenen Personen umgekehrt proportional. Nach dieser Regel habe ich den in Zeile 6 angegebenen mittleren Fehler bei den zwanzigjährigen Amerikanern aus dem in Zeile 7 berechneten mittleren Fehler bei den zwanzig- bis vierundzwanzigjährigen Amerikanern abgeleitet.

Die Tafel II zeigt, daß die von *Scheiber* gemessenen Ungarn und Slaven in Ungarn sich durch eine besonders niedrige, mittlere Körperlänge, die von *Baxter* betrachteten Nordamerikaner dagegen durch eine besonders große mittlere Körperlänge auszeichnen. Daß bei Völkerschaften mit niedriger mittlerer Körperlänge auch große individuelle Körperlängen vorkommen können, bei Völkerschaften mit hoher mittlerer Körperlänge auch niedrige individuelle Körperlängen, ist an sich kein Beweis gegen die Brauchbarkeit des arithmetischen Mittels der Körperlängen als einer für solche Völkerschaften charakteristischen Größe. Jedenfalls ersieht der Mathematiker aus der in obiger Tabelle gegebenen Probe, wie nützlich eine gründliche mathematische Prüfung des reichhaltigen anthropometrischen Materials, das bisher veröffentlicht ist, sein würde. Auffallend und viel besprochen ist die aus obiger Tafel hervorgehende besonders große mittlere Körperlänge der Deutschen in Amerika gegenüber sonstigen Messungen der Deutschen. Eine befriedigende Erklärung hierfür ist bisher nicht gegeben. Der Unterschied des Alters, den *Baxter* als Erklärungsgrund heranzieht, ist in obiger Zusammenstellung so gut wie eliminiert. Man hat auch von einer besonderen Auslese bei den nach Amerika ausgewanderten Deutschen gesprochen, die gewiß auch mitgewirkt haben kann. Mir scheint, wenn ich als Laie hier auch eine Meinung aussprechen darf, daß, da unter den verschiedenen in Deutschland vertretenen Stämmen die mittlere Körperlänge sehr verschieden ist, die nach Amerika ausgewanderten Deutschen vorwiegend Stämmen von hoher mittlerer Körperlänge, die nach Ungarn ausgewanderten Deutschen vorwiegend solchen von niedriger mittlerer Körperlänge angehören können. Charakteristisch ist auch, daß, soweit mir die anthropometrische Literatur bekannt ist, für die Deutschen in Deutschland keine ausgedehntere Statistik aufgestellt ist, sondern nur für einzelne Teile Deutschlands, wie Bayern, Baden usw. Vor allen Dingen ist aber nicht zu übersehen, daß immerhin die Möglichkeit besteht, daß der Aufenthalt selbst die Körperlänge beeinflußt und dieses mit ein Grund für den Unterschied sein kann, den die obige Tafel zwischen den Deutschen in Ungarn und den Deutschen in Amerika bei dem in Frage stehenden Material feststellt. Natürlich kommt bei militärischen Statistiken auch die Verschiedenheit in den Aushebungsbedingungen in Frage.

Es ist nicht die Aufgabe dieses Aufsatzes, dieses näher zu untersuchen. Vielmehr stellt die ganze Tafel II und die daran angeschlossene Erörterung eine Abschweifung von unserem Thema dar, die nur deshalb unternommen wurde, um den Versicherungsmathematiker, der sich nicht eng auf sein Fach beschränken will, auch

für die allgemeine Anthropometrie zu interessieren und um daran später anknüpfen zu können, wenn es gilt, auch umgekehrt den Anthropologen für anthropometrische Arbeiten der Lebensversicherung zu erwärmen.

6. *R. Livi.* Schon in den vorigen Nummern ist auf eine neuere italienische Militär-Statistik von *R. Livi* mehrfach Bezug genommen, die den Titel führt:

Antropometria militare. Risultati ottenuti dei fogli sanitarii dei militari delle classe 1859 bis 1863. Eseguito dall' ispettorato di sanità militare. Per ordine del ministero della guerra. Incaricato dalla direzione dei lavori. *Rudolfo Livi,* capitano medico. Rom. Band 1 (1896) nebst einem Atlas. Band 2 (1905).

Mit Rücksicht auf unseren besonderen Zweck muß das Werk schon deshalb aus der übrigen in der vorigen Nummer besprochenen neueren Literatur hervorgehoben werden, weil für die einzelnen Alter die zu jeder Körperlänge gehörigen Durchschnittsgewichte berechnet sind (Band 2, Seite 13). Wegen des weit umfangreicheren, neueren, und besser zu übersehenden Materials, auf dem sie beruht, hat diese Tabelle mehr Wert als die oben erwähnte von *Gould.* Natürlich sind auch andere Körpermerkmale mit gleicher Ausführlichkeit behandelt, so z. B. der auch dem Versicherungsarzt wichtige Brustumfang. Das Buch kann als ein modernes, europäisches Seitenstück zu dem *Baxter*schen betrachtet werden. Auch hat *Livi* von neuem die verschiedenen äußeren Umstände beleuchtet, die Individualwert und Mittelwert beeinflussen (vergl. Nr. 4) und gibt, wie *Baxter,* eine ausführliche Literatur-Übersicht, bei der aber natürlich auch die neueren, besonders die deutschen Erscheinungen berücksichtigt sind. Wieder ist das Bestreben unverkennbar, gefundene Differenzen als Rassenunterschiede zu deuten. Ganz Italien ist in 16 Bezirke (compartimenti) geteilt und für jeden von ihnen sind die Durchschnittswerte ermittelt. Auch nach Berufen wird unterschieden — ein Gesichtspunkt, der in der Lebensversicherung Bedeutung gewonnen hat. Auf Einzelheiten einzugehen fehlt es hier an Raum.

7. *Versicherungs-medizinische Literatur.* In Europa gebührt den Versicherungsärzten das Verdienst, die Bedeutung der Anthropometrie für die Lebensversicherung ausführlich dargelegt zu haben. Genannt sei der einführende Aufsatz von *E. Poëls,* der schon in Nr. 3 erwähnt und im

Bulletin de l'association internationale des médecins-experts, Brüssel, Bd. 1 (1902) S. 27 ff., S. 41 ff., S. 158 ff., Bd. 2 (1903) S. 22 ff. veröffentlicht ist.

Der Versicherungsarzt bedarf der Kenntnis der mittleren Körperlängen und Körpergewichte, um bei einem gegebenen Menschentypus die Abweichungen feststellen und würdigen zu können, die sich im Einzelfall bei der Untersuchung des Antragstellers ergeben. Der Versicherungsarzt hat uns zu sagen, welche weiteren Punkte in den Erklärungen des Antragstellers in Verbindung mit Körperlänge und Körpergewicht voraussichtlich erschwerend oder mildernd für die Beurteilung des Risikos in Betracht kommen. Das letzte Ziel einer



Statistik der Körperlängen und Körpergewichte ist die ziffernmäßige Feststellung der Sterblichkeit im Vergleich zur normalen, die sich bei einer bestimmten Risikenklasse bei einem gegebenen Wertsystem von Alter, Körperlänge und Gewicht ergibt.

Ergänzend ist zu sagen, einmal, daß die klare Formulierung der letztgenannten Aufgabe nicht durch die Versicherungsärzte erfolgte, sondern nur durch sie angeregt ist; sodann, daß dem Versicherungsarzte nicht nur Körperlänge und Gewicht von Bedeutung sind, sondern im Grunde genommen die gesamte körperliche Erscheinung, wobei allerdings in der Praxis nur noch *Brust-* und *Bauchumfang*, eventuell noch die *Lungenkapazität* hinzukommen.

Der Bauchumfang charakterisiert die *Fettleibigkeit*, deren Bedeutung für die Lebensversicherung die Versicherungsärzte lebhaft beschäftigt hat. Wir werden an geeigneter Stelle auf das für uns in Betracht Kommende eingehen. Den Brustumfang, bei dem das Maß beim Ein- und Ausatmen zu unterscheiden ist, werden wir nicht behandeln, da er in der Medico-Actuarial Mortality Investigation nicht berücksichtigt ist, Sterblichkeitserfahrungen also noch nicht vorliegen. Man findet die durchschnittlichen Brustmaße für die einzelnen Altersklassen in Statistiken der deutschen Lebensversicherung, nämlich in der in Nr. 12 besprochenen Tabelle der Körperlängen und Körpergewichte von Gotha, und in der in Nr. 12 behandelten analogen Tafel der Zentralstelle für die deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen, die auch die durchschnittlichen Lungenkapazitäten enthält.

In Verbindung mit der Fettleibigkeit oder Magerkeit spielen für den Arzt *gewisse Krankheitsdispositionen* eine Rolle, so z. B. die Veranlagung zu *Arteriosklerose* oder *Herzkrankheiten* in Verbindung mit Fettleibigkeit oder — was nicht damit identisch zu sein braucht — mit *Übergewicht*, die Veranlagung zu *Tuberkulose*, im besonderen Lungentuberkulose, in Verbindung mit Magerkeit oder *Untergewicht*. Da Dispositionen wie die zur Tuberkulose erblich sein können, so kommt im Zusammenhang mit dem Körperbau auch die *Familiengeschichte* des Antragstellers in Betracht. Über Körperbau und Veranlagung zur Tuberkulose hat *G. Florschütz* im Jahre 1906 eine grundlegende medizinisch-statistische Untersuchung, die uns in der Folge noch vielfach beschäftigen wird, veröffentlicht in:

> Berichte und Verhandlungen des vierten internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin zu Berlin. Erster Band. Berichte. Berlin 1906 p. 37.

Neben den absoluten Werten der Körpermaße interessiert den Versicherungsarzt ihr Verhältnis zueinander; der Art, daß man nach Relativzahlen von charakteristischer Bedeutung gesucht hat. Die zahlreichen Konstruktionsversuche in dieser Richtung wie Vitalitätsindex u. dergl. seien hier übergangen; schon deshalb, weil eine Einigung über sie bisher nicht erzielt zu sein scheint. Verwandt hiermit ist das in der ärztlichen Literatur auftretende Streben nach einfachen Zahlenverhältnissen, durch das sich wohl auch die Beliebtheit der Formel des französischen Anthropologen *Paul Broca* erklärt, wo-

nach ein Dreißigjähriger ebensoviel Kilo wiegen soll, als seine Körperlänge in Zentimetern die Zahl 100 übersteigt. Für die Anthropometrie der Lebensversicherung hat die Formel heutzutage, wo so viel genauere und abgestuftere Ergebnisse vorliegen, wohl kaum noch Wert.

Zweites Kapitel. Körperlängen und Körpergewichte von Versicherten.

8. *Die drei amerikanischen Untersuchungen.* Die erste größere Statistik der durchschnittlichen Körperlängen und Körpergewichte von Versicherten, die auch die Alter unterscheidet, scheint die sogenannte „Shepherd Tafel" zu sein, die im Auftrage der Association of Life Insurance Medical Directors von den Doktoren *Geo. R. Shepherd* und *J. W. Brannan* im Jahre 1897 veröffentlicht wurde (siehe *Ch. L. Greene,* The Medical Examination for Life Insurance, Philadelphia 1905, S. 125) und später unter den verschiedensten Formen und Namen in der Literatur immer wieder auftritt.

Im Jahre 1900 veröffentlichte der *National Fraternal Congress* eine ähnliche Tafel für Versicherte von Brüderschaften (fraternal orders) in Nordamerika.

Im Jahre 1912 erschien die Tafel der Medico-Actuarial Mortality Investigation, die uns hier vorzugsweise beschäftigt. Wir nennen sie kurz die „M. A." Untersuchung, die in Rede stehende Tabelle die „M. A. Gewichtstafel".

Umfang und Art des Materials der drei Veröffentlichungen sind aus folgender Zusammenstellung zu ersehen, die wir Seite 11 des ersten Bandes des M. A. Werkes entnehmen:

	Tafel	Jahr des Erscheinens	Anzahl der Fälle	Beschreibung des Materials
1	Shepherd Table . .	1897	74,162	Männliche Versicherte der Vereinigten Staaten und von Canada.
2	National Fraternal Congress	1900	133,940	Versicherte von Brüderschaften der Vereinigten Staaten und von Canada.
3	Medico-Actuarial Investigation. . .	1912	221,819	Policen für männliche Versicherte der Vereinigten Staaten und von Canada.

Zur Charakterisierung des letzten Buches sei noch folgendes bemerkt. Nur die Tafel für Männer ist hier erwähnt, die für Frauen wird in Nr. 14 besprochen. Es handelt sich ausschließlich um Policen, die für normal Versicherte in den Jahren 1885 bis 1900 ausgestellt wurden. Um den Einfluß der Jahreszeiten zu eliminieren, wurden nur im Januar und Juli ausgestellte Policen einbegriffen, nämlich für die ungeraden Kalenderjahre die im Januar, für die geraden Kalenderjahre die im Juli ausgestellten Policen.

Die umstehende Tafel III (M. A. Unters. Bd. 1, S. 19) gibt die bei den drei Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse in den ursprüng-

lichen amerikanischen Maßen, aber nur in Intervallen von zwei zu zwei Zoll wieder. Es ist: 1 Pfund = 0,4536 kg, 1 Zoll = 2,5400 cm.

Die M. A. Werte in metrischen Maßen findet man auszugsweise in Tafel V der Nr. 12.

Tafel III. Durchschnittsgewichte von amerikanischen Versicherten.

Alter	1. Shepherd	2. N.F.C.	3. M.A.	1. Shepherd	2. N.F.C.	3. M.A.	1. Shepherd	2. N.F.C.	3. M.A.
	Gewicht in amerikanischen Pfunden								
	Höhe: Fünf Fuß			Höhe: Fünf Fuß 2″			Höhe: Fünf Fuß 4″		
25—29	125	125	124	128	128	128	135	135	134
30—34	128	128	127	131	131	131	138	137	137
35—39	131	131	129	133	134	133	140	140	140
40—44	133	133	132	136	136	136	143	142	142
45—49	134	134	134	138	138	138	144	144	144
50 u. mehr	134	134	135	138	138	139	145	145	145
	Höhe: Fünf Fuß 6″			Höhe: Fünf Fuß 8″			Höhe: Fünf Fuß 10″		
25—29	142	142	142	151	151	150	159	159	158
30—34	145	145	145	154	154	154	164	164	163
35—39	147	147	148	157	157	157	167	167	167
40—44	150	150	150	160	160	159	170	170	169
45—49	151	151	152	161	161	161	171	171	171
50 u. mehr	153	153	153	163	163	163	173	172	173
	Höhe: Sechs Fuß			Höhe: Sechs Fuß 2″					
25—29	170	170	169	184	184	181			
30—34	175	175	174	188	188	186			
35—39	179	179	178	192	192	191			
40—44	180	180	181	194	194	194			
45—49	183	183	183	196	198	197			
50 u. mehr	183	182	184	194	194	198			

9. *Die Stabilität der Durchschnittsgewichte.* Schon in dem der allgemeinen Anthropometrie gewidmeten ersten Kapitel ist mehrfach auf die erheblichen Schwankungen hingewiesen, denen das Körpergewicht bei einem und demselben Individuum unterworfen ist. Das gilt in erhöhtem Maße von Messungen bei Versicherten, wo der größte Teil der Kleidung einbegriffen und damit ein neues Element variabler Natur hinzugefügt ist, das einmal die Körperlänge, sodann das zugehörige Durchschnittsgewicht beeinflußt. Es kommt hier unter anderem der Unterschied von Sommer und Winter, sodann bei dem amerikanischen Material auch die Verschiedenheit des Klimas in den Nord- und Südstaaten in Betracht. Ein drittes Element der Schwankung liegt in der Tatsache, daß die Körpergewichte der Versicherten früher nicht immer genau gewogen, sondern teilweise geschätzt bzw. abgerundet wurden. Die Verhältnisse werden wohl in dieser Hinsicht in Amerika ähnlich liegen, wie sie für Deutschland auf Seite 290 ff. des Buches geschildert sind:

J. Karup, R. Gollmer und *G. Florschütz,* Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank, Jena 1902.

Sollten daher die Anthropologen, soweit sie sich dafür interessieren, die anthropometrischen Ergebnisse der Lebensversicherung nur zögernd aufnehmen, so wäre dies aus den angeführten Gründen zunächst verständlich. Stehen doch auch umgekehrt die Mathematiker der Lebensversicherungs-Gesellschaften vielfach mißtrauisch der Bevölkerungsstatistik, im besonderen der Sterblichkeitsstatistik für Bevölkerungen gegenüber, weil in ihr Fehlerquellen unvermeidlich sind, die in der Lebensversicherung fehlen. Und doch ist ein solches Mißtrauen in der Regel in dem vorhandenen Maße bei ernst zu nehmenden Publikationen nicht begründet. Im vorliegenden Falle gibt die obige Tafel III hierfür einen schlagenden Beweis durch die ganz auffallende Übereinstimmung der drei amerikanischen Erfahrungen, deren Material aus ganz verschiedenen Personen besteht, abgesehen von einem kleinen Bruchteil, der den in Spalte 1 und 3 angeführten Erfahrungen gemeinsam ist. Wir haben also hier die Tatsache festzustellen, daß das *mittlere* Körpergewicht des Menschen, auch wenn es aus dem Material der Lebensversicherung abgeleitet wird, eine sehr große Stabilität aufweisen kann trotz der Instabilität und teilweisen Unsicherheit der *individuellen* Gewichte. Dies zeigt auch die numerische Rechnung.

Für die Altersgruppe 30 bis 34 und eine Körperlänge von 5′ 8″ lehrt z. B. die Tafel V des M. A. Werkes (Bd. 1, S. 43/44), daß die individuellen Körpergewichte, in Gruppen von fünf zu fünf Pfund zusammengefaßt, als niedrigste Gewichtsgruppe 108 bis 112 Pfund, als höchste 263 bis 267 Pfund aufweisen. Gegenüber dem Durchschnittsgewicht von 154 Pfund sind also die äußersten Abweichungen, die beobachtet sind, zwischen den Grenzen — 46 Pfund und + 113 Pfund enthalten. Hieraus folgt zunächst eine markante Unsymmetrie der Häufigkeitskurve, die nach der Seite der Übergewichte viel weiter sich erstreckt als nach der der Untergewichte. Als mittleren Fehler des Individualgewichts findet man 17,6 Pfund, als den des Durchschnittsgewichtes aber nur $\pm$ 0,20 Pfund. Die Wahrscheinlichkeit aber dafür, daß die Gewichtsabweichung innerhalb der Grenzen des mittleren Fehlers bleibt, ergibt sich aus der empirischen Kurve als 0,77, wobei der mittlere Fehler dieser Bestimmung kleiner als 0,005 ist, sie ist also größer als bei der „normalen Fehlerkurve“ (Nr. 2), wo sie nur 0,68 beträgt. Hiernach wird die Stabilität der Durchschnittsgewichte der M. A. Untersuchung, die der in Tafel III angestellte Vergleich ergab, unmittelbar verständlich, zumal es sich bei der M. A. Gewichtstabelle um eine ausgeglichene Tafel handelt. Da das Urmaterial vollständig publiziert ist, kann sich übrigens jeder von der Güte dieser Ausgleichung überzeugen.

Die soeben gegebene Rechenprobe beweist einmal die praktische Bedeutung des Studiums der Häufigkeitskurve der Gewichtsabweichungen, sodann lehrt sie, wie leicht eine systematische Untersuchung dieser Art auf Grund der „Table V“ des M. A. Werkes durchführbar ist. Die verschiedenen Kombinationen der Eintrittsalter und Körperlängen würden rund 250 zum Teil allerdings schwach besetzte Häufigkeitskurven für die Gewichtsabweichungen ergeben. Es ist

also hier reichhaltiges Material vorhanden, um an dem Beispiel der Körpergewichte die in Nr. 2 erwähnten Methoden der englischen Schule zu erproben, die vom exakten Standpunkte der Wahrscheinlichkeitsrechnung noch niemals geprüft worden sind. Faßt man in der „Table V" alle Gewichtsklassen zusammen, und unterscheidet für jedes Alter nur nach Körperlängen, so entstehen die Häufigkeitskurven für die Abweichungen der individuellen Körperlängen vom Mittel, die seit *Quetelet* in der allgemeinen Anthropometrie Beachtung, aber noch keine abschließende mathematische Behandlung gefunden haben. Es ist also durch das M. A. Material die Möglichkeit zu mathematisch sehr reizvollen methodologischen Studien gegeben, die nach den Ausführungen des ersten Kapitels auch für die allgemeine Anthropometrie Bedeutung und Interesse hätten.

10. *Verschiedene Bearbeitungen der Shepherd-Tafel.* Im Juli 1897 stellte *O. H. Rogers* eine besondere Ausgleichung her, die in der amerikanischen Zeitschrift „The Medical Examiner" in der Nummer vom Juli 1899 veröffentlicht wurde, und die auf das Material der *Shepherd-Tafel basiert ist.* Die Ausgleichung beruht auf der Annahme, daß bei gegebenem Alter die Durchschnittsgewichte in geometrischer Reihe wachsen, wenn die Körperlängen in arithmetischer Progression zunehmen. *Rogers* leitete aus seinem Material eine vom Eintrittsalter unabhängige Gewichtszunahme von 3,12 % des bei einer gegebenen Körperlänge bereits erreichten Gewichts ab für eine Zunahme der Körperlänge um einen Zoll.

Eine zweite Bearbeitung der Unterlagen der Shepherd-Tafel wurde von *D. H. Wells* vorgenommen. Ein Teil seiner Tabelle ist in dem bereits in Nr. 8 erwähnten Buche von *Greene* auf Seite 126 wiedergegeben. Die *Wells*sche Tafel wurde von dem dänischen Versicherungsarzte *J. Hassing* in metrische Maße umgerechnet und unter dem Namen „*Hassings* Tafel" in dem bereits in Nr. 7 erwähnten Aufsatze von *E. Poëls* (Bulletin usw. Bd. 1 1902, S. 144 und 145) abgedruckt.

Eine dritte Form der Shepherd-Tafel liegt den Gewichtsklassen zugrunde, die in der amerikanischen Untersuchung vom Jahre 1903:

Experience of thirty-four life companies upon ninety-eight special classes of risk. Compiled and published by the Actuarial Society of America, New York

auf Seite XIII des Werkes unterschieden sind. Es erscheinen dort vier Gewichtsklassen, die mit A, B, C, D bezeichnet sind und folgenden Abweichungen von der Norm zu entsprechen scheinen:

Gewichtsklassen	Gewichtsabweichungen %
A	mehr als 30%
B	von 20% bis 30%
C	von — 15% bis + 20%
D	mehr als — 15%

Es bezeichnet demnach in diesem gewöhnlich als „Specialized Investigation" zitierten Werke A ein hohes, B ein mäßiges Übergewicht, C etwa normales Gewicht, D Untergewicht.

11. *Diagramme.* Für die praktische Anwendung der Tafel der Durchschnittsgewichte ist es sehr bequem, statt der Tabellen Diagramme zu besitzen, aus denen die Werte abgelesen werden können. Daher hat bereits *O. H. Rogers* seine obenerwähnte Ausgleichung vom Juli 1897 in die Form eines solchen Diagramms gebracht, das auch in dem mehrfachen erwähnten *Greene*schen Werke (Nr. 8) auf Seite 127 abgedruckt ist. *Rogers* bedient sich dabei eines gewöhnlichen rechtwinkligen Koordinatensystems. Weit bequemer verwendet man aber zu diesem Zwecke die Parallelkoordinationen von *Unverzagt*, und ganz besonders einfach wird das Bild gerade bei der von *Rogers* gewählten Form der Ausgleichung. Um dies zu veranschaulichen, geben wir in der folgenden graphischen Darstellung (Tafel IV) eine von der New York Life Insurance Company benutzte Tabelle von Körperlängen und Gewichten wieder, die ebenfalls auf das Material der Shepherd-Tafel basiert und nach der *Rogers* schen Hypothese (Nr. 10) ausgeglichen ist. Die Maße sind in die metrischen umgerechnet. Absicht des Diagramms ist die *Methode* zu veranschaulichen, die Einzelheiten des Materials haben für den Leser kaum Interesse. Um den Gebrauch zu erläutern, stellen wir folgende Aufgabe:

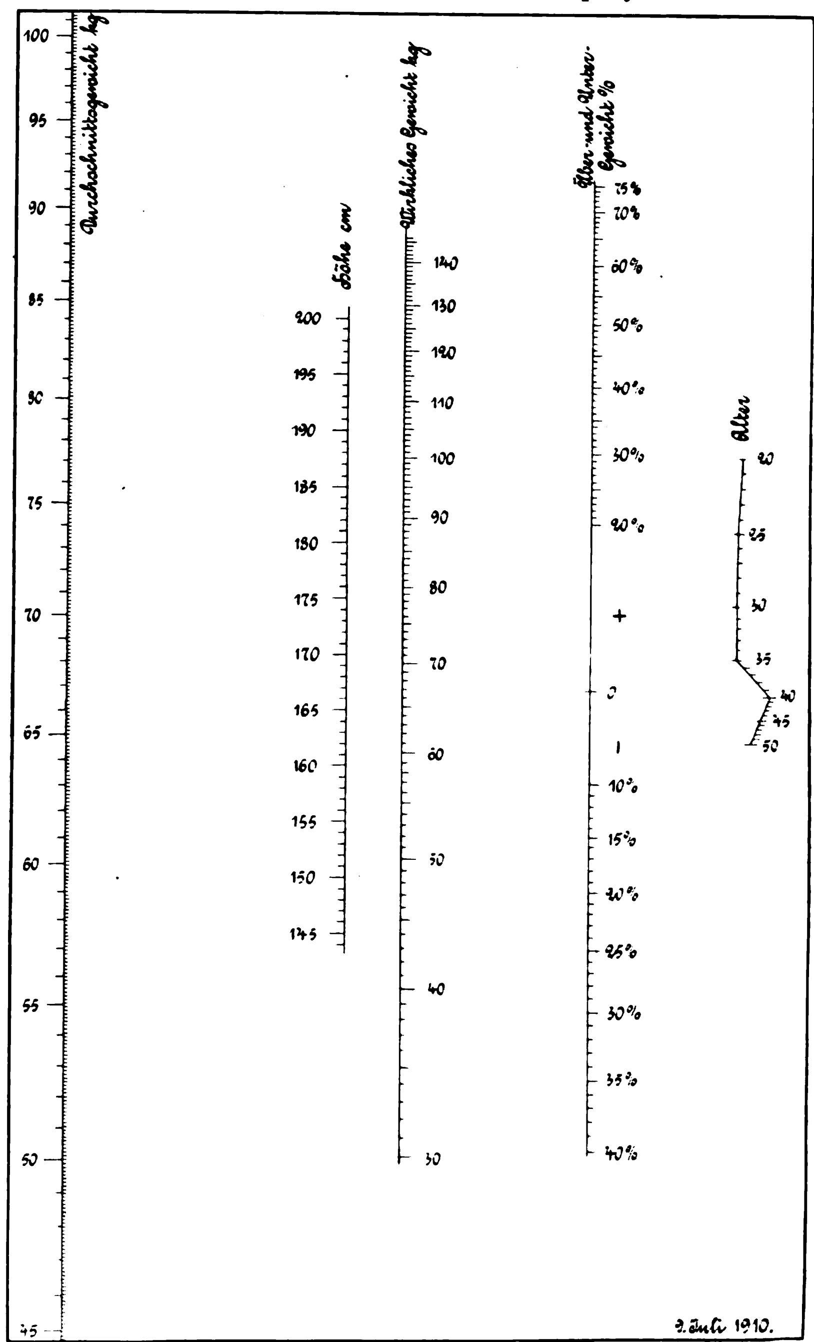
Ein 37jähriger Mann ist 178 cm hoch und wiegt 112 kg, wie groß ist — an der Norm des in Rede stehenden Materials gemessen — sein Übergewicht?

Die Zeichnung enthält 5 Skalen. Die letzte (von links aus gerechnet) ist die Skala der Alter. Auf ihr suche man den Punkt 37 auf. Die zweite Skala von links ist die der Höhen; d. i. der Körperlängen. Auf ihr fixiere man den Punkt 178. Man lege ein durchsichtiges Lineal an, so daß seine obere Längskante durch die Punkte 37 und 178 hindurch geht, und beobachte, in welchem Punkte die Kante die Skala der Durchschnittsgewichte, also die erste Skala, schneidet. Es ist etwa der Punkt 75,7. Also ist bei unserem Material 75,7 kg das der Körperlänge von 178 cm bei dem Alter 37 entsprechende Durchschnittsgewicht. Nun drehe man das Lineal um den Punkt 75,7, bis seine Kante die Skala der wirklichen Gewichte (dritte Skala) im Punkte 112 schneidet, und suche nun den Punkt, in dem die Kante die vierte Skala, d. i. die Skala der Prozentsätze, trifft. Man liest ab 48 %. Also hat der Versicherte in unserem Beispiel ein Übergewicht von 48 % der gewählten Norm.

Das Diagramm ist auch für den leicht zu gebrauchen, der die mathematische Begründung nicht kennt. Für den Mathematiker wird betreffs des zugrunde liegenden Prinzips folgende Andeutung genügen:

Während die Höhenskala eine gleichmäßige Teilung aufweist, sind die Gewichtsskalen logarithmisch geteilt. Es besteht daher zufolge der gewählten Ausgleichung nach *Rogers'* Hypothese bei gegebenem Alter eine lineare Beziehung zwischen den Abständen vom Nullpunkt bei der Skala der Höhen einerseits und bei der der Durchschnittsgewichte anderseits. Eine lineare Beziehung in *Unverzagt*schen Parallelkoordinaten ist aber die Gleichung eines Punktes — nämlich desjenigen Punktes, der dem betreffenden Alter entspricht. Die Gesamtheit der Alters-Punkte bildet eine empirisch durch das

Tafel IV. Normaltafel der Höhen und Gewichte für Männer der New York Life Insurance Company.



Material bestimmte Kurve, die Kurve der Alter, auf der sich die fünfte Skala befindet. Diese Kurve wäre eine zu den anderen Skalen parallele Gerade, wenn wir, wie in der *Rogers*schen Tafel selbst, die prozentuale Gewichtszunahme auch noch als vom Alter unabhängig angenommen hätten. Bei der durch unsere Zeichnung dargestellten Tafel ist dies nicht der Fall. Daher ist der Träger der Skala keine solche Gerade.

12. *Deutsche Erfahrungen.* Unter den mir bekannten anthropometrischen Statistiken der europäischen Lebensversicherung nimmt die schon in Nr. 3 zum Vergleich herangezogene *J. Karup*sche Tafel die erste Stelle ein, die auf Seite 46 bis 48 des in Nr. 7 erwähnten *G. Florschütz*schen Aufsatzes veröffentlicht ist: „Die frühzeitige Feststellung des Vorhandenseins einer Veranlagung zur Tuberkulose, insbesondere zur Lungentuberkulose.“ Wir werden auf diese Arbeit in Nr. 25 wieder zurückkommen.

Um einen Maßstab für die Körperbeschaffenheit von an Tuberkulose gestorbenen Personen zu gewinnen, wählte *G. Florschütz* 1428 „Vergleichspersonen“ aus, deren erstmalige Versicherung der Aufnahme je einer unter Beobachtung gestellten an Tuberkulose gestorbenen Person zunächst voranging. Auf Grund dieses Materials stellte *J. Karup* die Tafel der durchschnittlichen Körpermaße von normalen Risiken auf, wobei die Ausgleichung der Gewichte in An-

Tafel V. Durchschnittsgewichte von deutschen (Gotha) und amerikanischen (M. A.) Versicherten.

Körperlänge cm	Gewichte in Kilogrammen für die Altersklassen: 15—19		20—24		25—29		30—34		35—39		≥ 40		Mehrgewicht der Deutschen % Alle Alter
	M.A.	Gotha	M.A.	Gotha	M.A.	Gotha	M.A.	Gotha	M.A.	Gotha	M.A.	Gotha	
152,5	51	54	54	59	57	60	58	62	59	64	61	67	8
155,0	52	55	55	60	57	62	59	64	59	66	61	68	9
157,5	54	56	56	61	58	64	59	65	60	67	62	70	10
160,0	54	58	58	63	59	65	61	67	62	68	64	71	9
162,5	56	59	59	64	61	66	62	68	63	70	65	73	9
165,0	58	61	61	66	63	68	64	70	65	72	67	75	9
167,5	60	62	63	68	64	70	66	72	67	74	68	76	9
170,0	62	64	64	70	66	72	67	74	69	76	70	79	9
172,5	63	66	66	72	68	74	70	76	71	78	72	82	9
175,0	65	68	68	74	70	76	72	79	73	81	75	84	9
177,5	67	70	70	76	71	78	74	80	76	84	77	86	9
180,0	69	72	71	79	74	81	76	83	78	86	80	89	9
182,5	71	74	74	82	76	84	78	86	80	88	82	92	10
185,0	74	77	76	84	79	86	81	89	83	91	85	95	9
187,5	76	79	78	86	82	88	84	92	86	94	88	98	9
190,0	78	81	80	89	84	92	87	94	89	97	91	100	9
192.5	80	84	83	92	87	94	89	98	92	100	94	104	9
195,0	82	86	85	94	89	97	92	100	94	103	97	107	9
Gesamtheit aller Körperlängen, Mehrgewicht der Deutschen, Prozent:	5		10		9		9		10		12		9

lehnung an amerikanisches Material erfolgte. Diese *Karup*sche Tafel für normale Risiken beruht zwar auf einem wenig umfangreichen Material, zeigt aber einen sehr gleichmäßigen und charakteristischen Verlauf. Sie enthält keine geschätzten Gewichte und gibt für jede Klasse von Körperlängen und Eintrittsaltern auch noch das Bauchmaß sowie das Brustmaß sowohl beim Einatmen als beim Ausatmen an. Die Maße sind natürlich die metrischen. Um die *Karup*sche Tafel mit der M. A. Gewichts-Tafel (Nr. 8) zu vergleichen, ist es nötig, bei dieser in Übereinstimmung mit jener die Alter über 39 in eine einzige Klasse zusammenzuziehen, wobei natürlich die verschiedene Besetzung der Altersklassen des M. A. Materials zu berücksichtigen ist. Tut man dies, so ergibt die Verwandlung in metrische Maße nach den Umrechnungssätzen der Nr. 8 vorstehender Vergleich (Tafel V).

Die Gegenüberstellung zeigt deutlich, daß die Durchschnittsgewichte der deutschen Versicherten um etwa 9 % höher sind als die der amerikanischen Versicherten, mit Ausnahme der jüngsten Altersklasse 15 bis 19, wo der Durchschnitt der deutschen Zahlen nur um 5 % höher ist als der der amerikanischen Gewichte. Der scheinbar größere Unterschied von 12 % bei den Altern 40 und darüber würde sich zum Teil erklären, wenn die höheren Altersklassen bei dem M. A. Material schwächer besetzt wären als bei Gotha.

Der glatte Verlauf der Prozentsätze der obigen Tabelle und die große Konstanz, die sie aufweisen, ist zum Teil jedenfalls darin begründet, daß *Karup* sich zum Zwecke der Ausgleichung gerade an amerikanisches Material angelehnt hat. Es ist daher sehr wertvoll, daß wir noch ein anderes deutsches Material besitzen, nämlich eine Tafel der Körpermaße, die die Zentralstelle für die Sterblichkeitsuntersuchungen der vereinigten deutschen Gesellschaften aufgestellt hat. Die Herren *E. Linde* und *A. Abel* haben die unausgeglichenen Werte — eine ausgeglichene Tafel ist noch nicht veröffentlicht —

Tafel VI. Durchschnittsgewichte nach der unausgeglichenen Tafel der Deutschen Zentralstelle (D. Z.) und nach der amerikanischen (M. A.) Tafel.

Körperlänge	Gewicht in Kilogrammen für die Altersklassen:														Mehrgewicht der Deutschen % alle Alter
	24—20		25—29		30—34		35—39		40—44		45—49		50—54		
cm	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	M. A.	D. Z.	
155,9	56	63	58	65	59	67	60	68	62	68	62	69	62	68	12
160,4	59	66	60	68	62	70	63	73	64	72	65	73	65	72	12
165,9	63	68	64	71	65	73	67	74	68	74	68	76	69	75	10
170,4	66	71	68	74	69	76	71	78	71	79	72	78	73	80	9
175,8	69	74	71	77	73	80	75	80	76	81	77	82	77	82	7
181,4	73	77	76	81	78	83	80	84	81	85	82	86	83	85	5
185,9	79	78	81	84	83	86	85	85	87	90	88	88	89	90	1
Gesamtheit aller Körperlängen, Mehrgewicht der Deutschen, Prozent:															
	7		9		9		8		8		7		7		8

Herrn *A. Hunter* und mir zum Vergleiche mit der amerikanischen Untersuchung in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse bestätigen und ergänzen den oben angestellten Vergleich mit der Gothaer Erfahrung, sie sind auch in der Medico-Actuarial Investigation summarisch mitgeteilt. Es mag hier diese Zusammenfassung in etwas anderer Form gegeben werden, womit wir natürlich den späteren endgültigen Veröffentlichungen der Zentralstelle selbst in keiner Weise vorgreifen wollen.

Die Tafel der Zentralstelle umfaßt 46 874 Fälle. Beschränken wir uns auf die Altersklassen, die auch in der amerikanischen M. A. Tafel vertreten sind, so ergibt sich vorstehendes Bild (Tafel VI).

Der Vergleich bestätigt im großen ganzen sehr gut das auf Grund der Gothaer Erfahrung gewonnene Bild. Im Gesamt-Durchschnitt ergibt sich als Mehrgewicht der Deutschen hier 8 %, statt 9 % bei Gotha. Natürlich spielen dabei auch die Grundsätze eine Rolle, die für die ärztliche Auslese der normal Versicherten maßgebend sind. Das scheinbar größere Mehrgewicht der Deutschen bei den Altersklassen über 39 ist bei Tafel VI ganz verschwunden. Etwas Neues lehrt uns die Tabelle für die Klassifikation nach der Körperlänge. Je größer die Körperlänge, um so geringer das Mehrgewicht der Deutschen. Diese Erscheinung ist auch in der Medico-Actuarial Investigation hervorgehoben.

13. *Österreichische Erfahrungen.* Ganz ähnliche Resultate, wie die deutschen Erfahrungen, hat eine Statistik der österreichischen Gesellschaft „Assicurazioni Generali" in Triest ergeben. Bei der Ver-

Tafel VII. Durchschnittsgewichte von Versicherten der „Assicurazioni Generali" (A. G.) und der M. A. Erfahrung.

Körperlänge	Gewichte in Kilogrammen für die Altersklassen:														Mehrgewicht der A. G. Versicherten % Alle Alter
	bis 25		26—30		31—35		36—40		41—45		46—55		> 56		
cm	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	M. A.	A. G.	
152	53	55	56	56	58	60	59	61	60	61	61	67	61	68	5
154	54	58	57	60	58	63	59	63	61	64	62	68	62	69	8
156	55	59	58	60	59	64	60	64	61	65	62	68	62	69	8
158	56	60	59	61	60	65	61	67	62	67	63	69	63	71	8
160	57	61	60	64	61	68	62	69	63	70	64	71	64	74	10
162	59	63	61	67	62	69	63	69	64	70	65	71	65	74	10
164	60	65	62	68	63	69	65	71	66	72	67	72	67	77	10
166	62	66	64	69	65	70	66	73	67	73	68	74	68	80	10
168	63	69	65	70	66	72	68	75	68	75	69	76	70	81	10
170	64	69	66	72	68	74	69	76	70	79	71	80	72	81	11
172	66	71	68	72	70	77	71	78	72	78	73	81	73	82	9
174	67	71	69	75	71	78	73	79	73	81	75	83	75	82	9
176	69	71	71	76	73	78	74	80	75	83	76	84	77	83	8
178	70	74	72	78	74	80	76	81	77	84	78	87	79	87	9
180	72	75	74	80	76	82	78	84	79	87	80	89	80	88	9
Gesamtheit aller Körperlängen, Mehrgewicht der A. G. Erfahrung, Prozent:															
	6		7		9		9		9		10		12		9

schiedenartigkeit der Völkerschaften der österreichisch-ungarischen Monarchie ist eine solche Übereinstimmung in hohem Grade überraschend. Die Tafel der Assicurazioni Generali wurde von *R. Carmelich* veröffentlicht auf Seite 20 seines bereits in Nr. 3 erwähnten Buches. In der vorstehenden Tafel VII sind die Ergebnisse *Carmelichs*, die sich auf normal versicherte Männer beziehen, denen der M. A. Gewichtstafel gegenüber gestellt für diejenigen Körperlängen, bei denen alle Altersklassen in der österreichischen Erfahrung vertreten sind.

Auch hier ergibt sich also im Durchschnitt aller Altersklassen und Körperlängen ein Mehrgewicht von 9 % genau wie bei der Erfahrung von Gotha. Ebenso bestätigt sich, daß das Mehrgewicht in der jüngsten Altersklasse erheblich geringer ist. Dagegen ist die so auffallende Abnahme des prozentualen Mehrgewichtes mit wachsender Körperlänge, die die Erfahrungen der Zentralstelle für die deutschen Sterblichkeitserfahrungen ergaben (Tafel VI letzte Spalte), bei der Tabelle der Assicurazioni Generali nicht vorhanden.

14. ***Frauen.*** Der in Nr. 8 wiedergegebenen M. A. Tafel für die Durchschnittsgewichte von amerikanischen männlichen Versicherten steht eine analoge Erfahrung für Frauen gegenüber, die auf 136 504 Policen basiert. In der folgenden Übersicht stellen wir die beiden Statistiken einander gegenüber, wobei wir uns natürlich auf solche Körperlängen beschränken, die in beiden Tafeln vertreten sind.

Tafel VIII. Durchschnittsgewichte von versicherten Frauen der M. A. Erfahrung, verglichen mit der M. A. Gewichtstafel für Männer.

Altersklassen	Gewichte in amerikanischen Pfunden für die Körperlängen:														Mindergewicht der Frauen % Alle Körperlängen dieser Tafel
	5′		5′ 2″		5′ 4″		5′ 6″		5′ 8″		5′ 10″		6′ 0″		
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
15–19	113	112	118	117	124	123	132	130	140	138	148	145	158	155	1
20–24	119	115	124	120	131	126	139	133	146	141	154	149	163	157	4
25–29	124	118	128	122	134	129	142	136	150	144	158	152	169	159	4
30–34	127	121	131	125	137	132	145	140	154	148	163	155	174	162	5
35–39	129	124	133	129	140	136	148	144	157	152	167	159	178	165	4
40–44	132	128	136	133	142	139	150	147	159	155	169	162	181	169	3
45–49	134	131	138	136	144	142	152	151	161	159	171	166	183	173	2
50–54	135	133	139	138	145	144	153	152	162	162	172	170	184	177	1
Alle Altersklassen dieser Tafel, Mindergewicht der Frauen, Prozent:	3		3		2		2		2		3		5		3

Hiernach ist das mittlere Körpergewicht der Frauen bei der amerikanischen M. A. Erfahrung im Durchschnitt aller Alter und Körperlängen um 3 % geringer als bei den Männern. Dabei ist wieder keine Rücksicht auf die Stärke genommen, mit der die einzelnen Klassen besetzt sind. Der Prozentsatz des Mindergewichts erreicht ein Minimum für die mittleren Körperlängen, ein Maximum für die mittleren Alter.

Das Material, aus dem die Durchschnittsgewichte abgeleitet sind, ist in dem M. A. Werke für Frauen ganz in derselben Form und Aus-

führlichkeit veröffentlicht, wie für Männer. Es ist also dem Leser einerseits die Möglichkeit gegeben, die Treue der Ausgleichung, die die obigen Werte aufweisen, selbst zu prüfen, anderseits die in Nr. 9 vorgeschlagenen Stabilitätsuntersuchungen auch auf die Körperlängen und Körpergewichte der Frauen auszudehnen.

Drittes Kapitel. Die Sterblichkeitsnorm der M. A. Untersuchung (M. A. Sterbetafel).

15. *Allgemeine Grundsätze der M. A. Untersuchung.* Die Medico-Actuarial Mortality Investigation hat zum Vorläufer die in Nr. 10 erwähnte amerikanische Untersuchung aus dem Jahre 1903 (Specialized Investigation), über die *J. D. Watson* im

Journal of the Institute of Actuaries, Bd. 38 (London 1903/04) S. 363,

referiert hat. Der Leser, der sich für Einzelheiten dieses Werkes interessiert, sei daher auf jene Besprechung verwiesen, von der eine deutsche Übersetzung in dem Berichte von *B. Schmerler* und *E. Linde* über die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen erschienen ist. Man vergleiche:

Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, Heft 22 (Berlin 1911), Seite 44 bis 46.

Während die „Specialized Investigation" nur 98 Risikenklassen umfaßt, enthält die M. A. Untersuchung mehrere Hundert von solchen. Wie die „Specialized Investigation" behandelt die M. A. Untersuchung — abgesehen von den gefährlichen Berufen und einigen anderen Ausnahmen, die an dieser Stelle nicht von Interesse sind — nur solche Risiken, die entweder zu *vollständig normalen* Bedingungen aufgenommen wurden, oder wo eine Erschwerung höchstens wegen der *Familiengeschichte* des Antragstellers stattfand. Es ist dies auf alle Fälle eine klarere Abgrenzung des Beobachtungsfeldes, als wenn man auch andere Versicherte einbegriffen hätte; denn auch so hätte man nur in geringerem Grade minderwertige Risiken erfaßt, da die voraussichtlich schweren gefährdeten von der Mehrzahl der Gesellschaften, die noch keine systematische Behandlung der minderwertigen Risiken eingeführt hat, doch abgelehnt werden, ohne daß bei der Verschiedenartigkeit der Aufnahmepraxis und der Versicherungsbedingungen die Grenze irgendwie deutlich hätte bezeichnet werden können. Jedenfalls handelt es sich hier um einen Grundsatz von fundamentaler Wichtigkeit. Denn es umfaßt die M. A. Untersuchung auf diese Weise *nur die besten Risiken ihrer Art;* die resultierenden Sterblichkeitssätze repräsentieren ein *Minimum* und enthalten, soweit sie beträchtlich höher sind als die normalen, *die sehr ernste Warnung, solche Risiken, obwohl sie bisher ohne erhebliche Erschwerungen aufgenommen wurden, in Zukunft unter keinen Umständen mehr normal zu versichern.* Hierin besteht der hohe praktische Wert, den die M. A. Untersuchung auch für Europa, im besonderen für Deutschland hat. Dagegen braucht wohl nicht betont zu werden, daß eine

mechanische Übertragung der Ziffern des amerikanischen Buches auf die deutsche Lebensversicherung nicht angängig ist. Dieses Werk bedeutet für uns nur eine Aufforderung und einen Anhalt zur Durchführung einer ähnlichen Statistik für Deutschland, die ja auch in dem Programm der gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen vorgesehen ist. Bei den Berufen z. B. liegt die Verschiedenheit der deutschen und amerikanischen Verhältnisse vielfach unmittelbar auf der Hand.

Einen Einwand gegen die „Specialized Investigation" sah man in der Wahl der Sterblichkeitsnorm, an der die Sterblichkeit der besonderen Risikenklassen gemessen wurde. Diese Norm ist eine etwas willkürlich vorgenommene Modifikation einer englischen Tafel von *J. Farr,* die auf Seite XIV jenes Werkes mitgeteilt ist. Deshalb und aus anderen Gründen werden wir in diesem Aufsatze von den Ergebnissen der Specialized Investigation nur gelegentlich Gebrauch machen und in einer Form, bei der der Einfluß der genannten Norm tunlichst eliminiert ist. Bei der M. A. Untersuchung ist jedenfalls die erwähnte Schwierigkeit dadurch vermieden, daß aus den Erfahrungen der beitragenden Gesellschaften selbst für normal Versicherte eine eigene Sterbetafel hergeleitet ist, deren Besprechung das gegenwärtige Kapitel gewidmet ist, und die wir die „M. A. Sterbetafel" nennen wollen.

16. *Unterlagen und Herleitung der M. A. Sterbetafel.* Die M. A. Sterbetafel ist auf Seite 27 des dritten Bandes des M. A. Werkes abgedruckt. Ihr Zweck ist *lediglich* der, einen Maßstab zur Feststellung der verhältnismäßigen Sterblichkeit der einzelnen Risikenklassen zu gewinnen, nicht aber der, etwa den amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaften eine neue Grundlage für die Berechnung der Prämien und Prämienreserven zu verschaffen.

Mit Rücksicht hierauf konnten weitgehende Vereinfachungen für die Herleitung der Tafel getroffen werden, die man sonst nicht eingeführt hätte, die aber hier soviel wie möglich berücksichtigt werden mußten, wo es sich im Grunde genommen darum handelte, für die mehreren Hunderte von Risikenklassen kondensierte Sterbetafeln in ebenso großer Anzahl herzustellen und die aus ihnen resultierenden Zahlenwerte mit den nach der Norm zu erwartenden Werten summarisch zu vergleichen.

Eine außerordentliche Erleichterung gewährte die elektrische Zählmaschine von *Hollerith* in Verbindung mit dem System der gelochten Karten, über das Einzelheiten auf Seite 129 ff. des ersten Bandes des Werkes mitgeteilt sind. Es ist daher auch ganz natürlich, daß man als Zähleinheit bei der M. A. Tafel diejenige wählte, die praktisch am einfachsten zu handhaben ist, d. h. *die Police* wurde als Basis genommen. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen weicht in der Tat die Policen-Sterblichkeit von der Personen-Sterblichkeit nicht nennenswert ab. Für Prämien und Prämienreserven wäre dagegen die Versicherungssumme zu berücksichtigen, wenn man die amerikanischen Erfahrungen in Betracht zieht. In dem Werk ist berechnet, daß die Policen-Sterblichkeit des M. A. Materials

nur 87 % derjenigen betrug, die nach den Sterbenswahrscheinlichkeiten der Summen-Erfahrung der New York Life Insurance Company (man findet diese Tafel z. B. bei *R. W. Weeks,* Transactions. Actuarial Society of America, Bd. 9, New York 1905, S. 100/101) zu erwarten gewesen wäre. Dieses Verhältnis zwischen Summen- und Policen-Sterblichkeit habe ich auch anderweitig bei einem Material einer amerikanischen Gesellschaft bestätigt gefunden. Es braucht kaum erwähnt zu werden, daß ebenso bei den einzelnen Risikenklassen der M. A. Untersuchung die Zähleinheit auf Policen basiert ist.

Die Unterlagen der M. A. Tafel bilden 500 375 von Versicherten beiderlei Geschlechts eingelöste Policen, die 1885 bis 1908 zu normalen Bedingungen in den Vereinigten Staaten oder in Kanada ausgestellt wurden. Dabei sind, entsprechend der im vorigen Kapitel besprochenen Untersuchung der Körperlängen und Gewichte, nur solche Policen berücksichtigt, deren Ausstellungsdatum im Januar oder Juli liegt; nämlich im Januar bei ungeraden, im Juli bei geraden Kalenderjahren. Der Beobachtungszeitraum läuft von Ausstellung der Police bis zu ihrem Jahrestag in 1909 und ergibt in Summa 2 814 176 Policen-Jahre unter Risiko. Da die Tafel nur normal Versicherte umfaßt, scheiden hier also auch die Policen aus, bei denen wegen der Familiengeschichte eine Erschwerung auferlegt wurde. Zum Vergleich sei daran erinnert, daß die M. A. Gewichtstafel, wie in Nr. 8 erwähnt, 221 819 Policen umfaßt, die in den Jahren 1885 bis 1900 in den genannten Monaten ausgestellt wurden, und die sich auf normale männliche Risiken beziehen, während von den oben erwähnten 500 375 Policen für männliche und weibliche Versicherte, die der M. A. Sterbetafel zugrunde liegen, 229 991 Policen auf die Ausstellungsjahre 1885 bis 1900 entfallen. Wenn es also angängig ist, die Differenz von 229 971 — 221 819 = 8172 der Hauptsache nach auf weibliche Versicherte zu beziehen, so entfallen schätzungsweise 3,5 % des Materials der M. A. Tafel auf Frauen. Es ist also anzunehmen, daß die in der M. A. Sterbetafel gefundenen Sterbenswahrscheinlichkeiten für beide Geschlechter der Hauptsache nach die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts darstellen.

Im übrigen ist über die Anordnung des Materials der M. A. Sterbetafel folgendes zu sagen:

Die Eintrittsalter, die von 15 bis 70 liefen, wurden in 14 Gruppen zusammengefaßt, die teils unmittelbar der Beobachtung zugrunde gelegt, teils einem Zentralalter zugeordnet wurden, und bis zu den mittleren Altern je fünf Eintrittsalter umfaßten, in den höheren Altern aber enger gewählt wurden, wie dies im einzelnen aus der Tafel IX in Nr. 17 dieses Aufsatzes zu ersehen ist. Ausgedehnte Hilfsuntersuchungen ergaben, daß diese Vereinfachungen für den hier vorliegenden Zweck und bei einem so großen Beobachtungsmaterial ganz unbedenklich waren.

Das, was bei der M. A. Tafel Versicherungsdauer heißt, ist der Unterschied zwischen dem Kalenderjahre des Eintritts und dem des Austritts, abgesehen von den Todesfällen, bei denen das angefangene Versicherungsjahr als voll gerechnet ist. Es stimmt demnach das,

was hier Versicherungsjahr heißt, mit der üblichen Definition überein bei den Todesfällen und bei den Policen, die am Schlusse des Beobachtungszeitraums, am Jahrestage in 1909 noch vorhanden waren. Bei dem vorzeitigen Abgang ist dies nicht der Fall. Jedoch wird gegenüber der scharfen Definition eine systematische Abweichung nicht eingeführt, solange als — wie dies bei den Klassen der besonderen Risiken der Fall ist — die Policen-Ausstellungstermine sich über das ganze Kalenderjahr verteilen. Im wesentlichen das gleiche gilt bei dem Material der M. A. Normal-Sterbetafel für die geraden Kalenderjahre, bei denen der Policen-Ausstellungstermin im Juli, also ungefähr in der Mitte des Kalenderjahres, liegt. Dagegen bringen die ungeraden Kalenderjahre, wo der Januar der Ausstellungsmonat ist, eine Störung hinein, die, wenn auch für die summarischen Endergebnisse belanglos, doch vielleicht deshalb eine genauere Betrachtung verdient, weil sie für einige weitergehende, zum Teil in dem Werk selbst angeregte Fragen von Bedeutung ist.

Um das Wesentliche zu übersehen, verlegen wir die Januar-Ausstellungstermine der ungeraden Kalenderjahre auf den *ersten* Januar, die Juli-Ausstellungstermine auf den *ersten* Juli, übertreiben also die wirklichen Verhältnisse. Gesetzt nun, eine Police trete im Januar 1887 in die Beobachtung ein und scheide im Kalenderjahre 1889 vorzeitig aus. Statt nun diesen Zeitpunkt, was dem Durchschnitt entspräche, in die Mitte des Jahres 1889 zu verlegen, wird 1889 — 1887 = 2 als Versicherungsdauer gezählt; es wird also die Versicherungsdauer um etwa ein halbes Jahr unterschätzt. In Wirklichkeit wird allerdings dieser durchschnittliche Fehler voraussichtlich etwas kleiner als ein halbes Jahr sein, einmal, weil alle Tage des Januar, nicht nur der erste, in Betracht kommen, sodann weil sich erfahrungsmäßig die vorzeitigen Auflösungen nicht gleichmäßig über das Versicherungsjahr verteilen, wie hier angenommen wurde, sondern überwiegend bald nach dem Jahrestag der Police stattfinden.

Bei den im Juli ausgestellten Policen dagegen führt die gewählte Regel offenbar nicht zu einer solchen systematischen Abweichung. Faßt man also gerade und ungerade Ausstellungsjahre zusammen, so wird in der Hälfte aller Fälle von vorzeitigen Vertragslösungen in der Zahl unter Risiko die Versicherungsdauer um ein knappes halbes Jahr, in der Gesamtheit dieser Fälle also um durchschnittlich ein Vierteljahr unterschätzt, die entsprechende Sterbenswahrscheinlichkeit der M. A. Norm wird also zu groß erscheinen um einen Bruchteil, der den vierten Teil des Prozentsatzes des vorzeitigen Abgangs des betreffenden Versicherungsjahres nicht übersteigt. Um denselben Bruchteil fallen also vermutlich die Sterblichkeitsverhältniszahlen zu klein aus, die *für ein gegebenes Versicherungsjahr* das Verhältnis der wirklichen zur erwarteten Sterblichkeit bei einer bestimmten Risikenklasse angeben.

Es leuchtet ein, daß diese Störungen der Januar-Ausstellungstermine nur in den allerersten Versicherungsjahren ins Gewicht fallen können, da später die Häufigkeit des Verfalls erfahrungsgemäß gering ist, und daß sie daher auch bei einer gegebenen Risikenklasse das für

alle Versicherungsjahre zusammengenommen ermittelte Verhältnis der wirklichen zur erwarteten Sterblichkeit, dessen Feststellung das Hauptziel der M. A. Untersuchung ist, kaum affizieren werden. Vollends verschwindet dieser Einfluß gegenüber dem durch die zufälligen Schwankungen bedingten mittleren Fehler bei den zahlreichen Risikenklassen von geringem Umfang. Wir werden aber jedenfalls die Vorsicht gebrauchen, im folgenden der erwähnten Störung bei Erörterungen über den Einfluß der Versicherungsdauer zu gedenken und die Resultate eventuell durch Heranziehung von Vergleichsmaterial sicherzustellen. Dies gilt im besonderen für das beim M. A. Material beobachtete, in dem Werk selbst erörterte scheinbar vorzeitige Erlöschen der Selektion und die damit in Zusammenhang gebrachte Änderung der Sterblichkeit mit der Zeit. Ehe wir aber hierauf eingehen, soll die M. A. Sterbetafel selbst hier wiedergegeben werden. Unterlagen zur Prüfung der sorgfältig vorgenommenen Ausgleichung findet der Leser in dem Werke veröffentlicht.

17. *Die Zahlenwerte der M. A. Sterbetafel.* Die Tafel unterscheidet die ersten vier Versicherungsjahre und faßt, dem Verlauf der gewonnenen Daten entsprechend, die übrigen Versicherungsjahre in eine Aggregattafel zusammen. Die folgende Tafel IX gibt die endgültigen Werte, die auf Seite 27 des dritten Bandes des Werkes noch einmal zusammengestellt sind, bis zum erreichten Alter 80. Aus der Eingangsspalte sind die Gruppen von Eintrittsaltern zu ersehen, von denen in Nr. 16 die Rede war, nebst den ihnen etwa zugeordneten zentralen Altern. Die rechte Hälfte der Tafel IX, die sich auf alle Versicherungsjahre vom fünften an bezieht, ist der Raumersparnis halber der Art angeordnet, daß z. B. die dem Alter $47 = 35 + 12$ ent-

Tafel IX. Die M. A. Sterbetafel für normal Versicherte. Sterbenswahrscheinlichkeiten in Tausendteilen.

Eintrittsalter		Versicherungsjahr				Erreichtes Alter $x + w$, $w =$	Alle Versicherungsjahre vom fünften an			
Gruppe	Zentrales	Erstes	Zweites	Drittes	Viertes		$x = 20$	$x = 35$	$x = 50$	$x = 65$
		Sterbenswahrscheinlichkeit ‰					Sterbenswahrscheinlichkeit ‰			
15—19	18	3,1	4,3	4,5	4,6	1	—	5,2	11,5	42,9
20—24	—	3,3	4,5	4,6	4,7	2	4,6	5,3	12,5	47,1
25—29	27	3,5	4,6	4,7	4,8	3	4,7	5,4	13,5	51,6
30—34	32	3,7	4,8	4,9	5,0	4	4,7	5,5	14,6	56,6
35—39	37	4,1	5,2	5,4	5,7	5	4,7	5,7	15,8	61,7
40—44	42	4,7	6,4	6,9	7,5	6	4,8	5,9	17,1	66,8
45—49	—	6,4	8,8	9,5	10,4	7	4,8	6,2	18,5	72,3
50—53	—	9,1	12,5	13,8	15,0	8	4,8	6,6	20,1	78,3
54—56	55	12,2	15,8	18,3	20,1	9	4,9	7,0	21,9	84,8
57—59	58	16,0	20,4	24,0	26,4	10	4,9	7,5	24,0	91,9
60—62	61	20,5	27,5	32,1	35,4	11	4,9	8,0	26,4	99,5
63—65	64	26,0	36,0	42,9	47,1	12	4,9	8,5	29,1	107,9
66—68	67	30,0	47,0	56,6	61,7	13	5,0	9,1	32,1	116,9
69—70	—	35,0	57,8	69,7	75,5	14	5,0	9,8	35,4	126,9
						15	5,1	10,6	39,0	137,2

sprechende Sterbenswahrscheinlichkeit aus der zwölften Zeile der mit $x = 35$ überschriebenen Spalte zu entnehmen ist. Man findet $q_{47} = 8{,}5$ Tausendteile, d. i. $q_{47} = 0{,}0085$.

Um die Tafel dem Verständnis näher zu bringen, ist es zweckmäßig, sie mit einer deutschen Erfahrung zu vergleichen. Hierzu empfiehlt sich Gothas Neue Bankliste, da ja in Deutschland ausgedehnte Sterblichkeitsuntersuchungen besonderer Risikenklassen gerade von der Gothaer Lebensversicherungsbank veröffentlicht worden sind. Gothas Neue Bankliste gibt bekanntlich die Personensterblichkeit normaler Risiken für die Zugangsperiode 1852 bis 1895 während der Beobachtungszeit 1852 bis 1896 wieder. In ihr ist die Sterblichkeit der ersten sieben Versicherungsjahre getrennt angegeben, und es sind die Versicherungsdauern von acht und mehr Jahren zu einer Aggregattafel zusammengefaßt. Im übrigen weist der Gang der Sterbenswahrscheinlichkeiten in beiden Tafeln manche Ähnlichkeiten auf. Mehr als diese interessieren uns aber einige charakteristische Unterschiede. Um diese hervortreten zu lassen, sind in der folgenden Tafel X die einzelnen Eintrittsalter und die erreichten Alter zu größeren Gruppen, den Abweichungen der beiden Tafeln voneinander entsprechend, zusammengefaßt und die Prozentsätze berechnet, um die die durchschnittlichen Sterbenswahrscheinlichkeiten der M. A. Erfahrung kleiner sind als die von Gothas Neuer Bankliste. Dabei sind einfach arithmetische Mittel genommen ohne Berücksichtigung der Stärke, mit der die einzelnen Altersklassen besetzt sein mögen. Denn der Zweck des Vergleichs ist lediglich der, dem Leser ein sum-

Tafel X. Summarischer Vergleich der M. A. Sterbetafel mit Gothas Neuer Bankliste.

Unterschiede der Sterbenswahrscheinlichkeiten.

(Die Prozentsätze geben an, wie viel Prozent der Sterbenswahrscheinlichkeiten M. A. Tafel zu diesen hinzuzufügen wären, um die Sterbenswahrscheinlichkeiten von Gothas Neuer Bankliste zu erhalten, im Durchschnitt der angeführten Altersklassen.)

Eintrittsalter	Versicherungsjahre				
	1	2	3	4	1—4
	Unterschiede in Prozenten				
15—49	+ 7	+ 5	+ 15	+ 20	+ 12
50—56	— 7	+ 3	+ 8	+ 12	+ 6
57—65	— 24	— 15	— 14	— 10	— 15

Erreichtes Alter	Versicherungsjahre					
	5	6	7	5 bis 7	8 u. mehr	5 u. mehr
	Unterschiede in Prozenten					
22—51	+ 23	+ 26	+ 30	+ 26	+ 34	+ 28
56—61	+ 11	+ 17	+ 27	+ 18	+ 36	+ 23
66—71	— 13	— 6	+ 6	— 4	+ 17	+ 1
76—86	.	.	.	.	+ 15	+ 15

marisches Bild über die Unterschiede zu verschaffen, die die Sterbenswahrscheinlichkeiten beider Tafeln aufweisen.

Die mit „Versicherungsjahr 5“ überschriebene Spalte vergleicht dabei das fünfte Versicherungsjahr der Neuen Bankliste mit den Werten der M. A. Tafel, die der Gesamtheit aller Versicherungsjahre *vom fünften an* entsprechen. Analoge Bedeutung haben die folgenden Spalten, die immer die in der Überschrift angegebenen Versicherungsjahre der Neuen Bankliste mit den Werten der Aggregat-M. A.-Tafel vergleichen, die unterschiedslos alle Versicherungsjahre vom fünften an zusammenfassen. Es ist dabei zu bedenken, daß bei Analyse des M. A. Materials die amerikanische Untersuchung eine nennenswerte Wirkung der Auslese nach vier Versicherungsjahren nicht mehr feststellen konnte. Die Tafel X lehrt:

1. Die M. A. Werte sind im allgemeinen niedriger als die der Neuen Bankliste.
2. Der Unterschied wächst mit der Versicherungsdauer.
3. Der Unterschied fällt mit dem Alter.
4. In den hohen Altern sind umgekehrt die M. A. Werte bis zum sechsten Versicherungsjahr erheblich größer als die der Neuen Bankliste.

Die letzte Tatsache dürfte mit den verschiedenen Lebensbedingungen in Amerika und Deutschland zusammenhängen. Daß sonst die M. A. Werte meist niedriger sind, erklärt sich vermutlich dadurch, daß sie aus der Erfahrung einer weit jüngeren Zugangsperiode stammen. Es ist daher wahrscheinlich, daß bei den normalen Risiken die Sterblichkeit bei amerikanischen und deutschen Versicherten im großen und ganzen dieselbe ist, was auch durch andere Erfahrungen bestätigt wird. Wenn das Zurückbleiben der M. A. Werte hinter denen der Neuen Bankliste gerade in den ersten beiden Versicherungsjahren so gering ist, so bin ich geneigt, dies in erster Linie den in Nr. 16 besprochenen Störungen durch die Januar-Ausstellungstermine zuzuschreiben. Es drückt eben — so vermute ich — die ärztliche Auslese die Sterblichkeit gerade in den allerersten Versicherungsjahren in noch markanterer Weise herab, als es die M. A. Werte selbst (Tafel IX) erkennen lassen. Ich erinnere nur an die englische Erfahrung $O^{[M]}$.

18. *Die Änderung der Sterblichkeit mit der Zeit.* Das M. A. Material lehrt, daß die Sterblichkeit im Laufe der Jahre 1885 bis 1908/09 abgenommen hat. Das ist deutlich aus der folgenden Tafel XI zu ersehen, die auch einen Anhalt für den Umfang gibt, in dem die verschiedenen Zugangsperioden zu dem Material beigetragen haben.

Wie aus Spalte (4) dieser Tafel zu ersehen ist, ist die Sterblichkeit von der ersten zur dritten Periode von 105 % der Norm auf 93 % zurückgegangen, und zwar hat diese Abnahme hauptsächlich in der Zeit von der zweiten zur dritten Periode stattgefunden. Sie fällt um so mehr ins Gewicht, als der Zugang von Periode zu Periode gestiegen ist, nämlich — wie eine einfache Rechnung lehrt — um durchschnittlich etwa 8 % pro Jahr.

Tafel XI. Das M. A. Material, getrennt nach achtjährigen Zugangsperioden.

(1) Ausstellungsjahre	(2) Eingetreten, Policen	(3) Unter Risiko, Policenjahre	(4) Sterblichkeit % der M. A. Norm	(5) Desgleichen für die Eintrittsalter 15—29 %	(6) 30—39 %	(7) 40—49 %	(8) ≥ 50 %
1885/1892	80 976	781 852	105	107	107	104	101
1893/1900	148 995	1 106 216	101	102	102	100	100
1901/1908	270 404	926 108	93	91	90	96	96
Summa	500 375	2 814 176	100	100	101	101	99

In der amerikanischen Veröffentlichung wird nun das scheinbare vorzeitige Erlöschen der Selektion, das bei dem Material der M. A. Sterbetafel sich ergeben hat, mit der soeben dargestellten Abnahme der Sterblichkeit im Laufe der Jahre 1885 bis 1908/09 in Verbindung gebracht.

In der Tat ist nicht anzunehmen, daß bei den amerikanischen Versicherten wirklich die Selektion so früh erlischt. Die mehrfach bereits herangezogene Selekt-Sterbetafel der New York Life Insurance Company verfolgt vielmehr die Selektion elf Versicherungsjahre hindurch und faßt erst das zwölfte Versicherungsjahr mit den späteren in Aggregatwerten zusammen. Wir bemerken also hier eine ähnliche weit durchgeführte Gliederung wie bei der Leipziger L. M. und bei der englischen $O^{[M]}$-Erfahrung. Mithin ist die Vermutung durchaus natürlich, daß die Wirkung der Auslese bei der M. A. Tafel nur verdeckt ist.

Auf der anderen Seite entspricht es auch den neueren deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen und den aus ihnen hergeleiteten Anschauungen, wenn bei der M. A. Tafel die Änderung der Sterblichkeit mit der Zeit mit dem Gang der Sterbenswahrscheinlichkeiten für die einzelnen Versicherungsjahre in Beziehung gesetzt wird. Dies geschah auch bei den ausgeglichenen Sterbetafeln, die die Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen neuerdings abgeleitet hat, und in denen für die Sterbenswahrscheinlichkeiten q eines gegebenen erreichten Alters geradezu ein Maximum nach einer gewissen Versicherungsdauer angenommen wird (vgl. *A. Abel*, Wirkungen der Auslese. Schriften der Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen, Heft 1, Berlin 1914). Allerdings muß man, wie *R. Schönwiese* hervorhebt (Annalen des gesamten Versicherungswesens, 45. Jahrg., Leipzig 1914, S. 353), abwarten, ob die spätere Veröffentlichung des Urmaterials diese zurzeit nicht nachzuprüfende Annahme als natürlich bestätigt. Für uns ist das Interessante, daß die Zentralstelle jenes Aufhören des Wachsens der q unabhängig von den Autoren des M. A. Werkes, durch dieselbe Hypothese zu erklären gesucht hat.

Das amerikanische Werk nimmt weiter bei der Änderung der Sterblichkeit mit der Zeit zwei Komponenten an, deren erste (a) durch den Fortschritt in der ärztlichen Auslese der Risiken, deren zweite (b) durch die Besserung der ärztlichen und sanitären Verhältnisse überhaupt entstehen soll. Diese beim amerikanischen Material hypothetische Komponentenzerlegung ist bei deutschen Erfahrungen objektiv nachgewiesen. Wir meinen die Erfahrungen der Gothaer Lebensversicherungsbank und beziehen uns im besonderen auf

R. Gollmer, Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, Heft 9. Berlin 1906.

R. Gollmer ist es in dieser Arbeit gelungen, die in Rede stehende Erscheinung sogar getrennt für einzelne Todesursachen zu verfolgen, wobei natürlich nicht für *jede* Ursache eine *Besserung* der Sterblichkeit festgestellt ist. Wir werden auf diese auch weitere Kreise interessierende Arbeit im vorliegenden Aufsatze von einem besonderen Gesichtspunkte aus noch einmal zurückgreifen müssen, nämlich in Nr. 23, wo wir auf die Todesursachen zu sprechen kommen werden.

Um nun aber auf das M. A. Material zurückzukommen und die für es aufgestellte Hypothese der *zwei* Komponenten (a) und (b), so ist diese auch hier natürlich. Denn wenn nur die erste Komponente (a) wirkte, und zwar in der Form, daß durch sie die Sterblichkeit für alle Versicherungsjahre in demselben Verhältnis reduziert würde, so würden die Sterbenswahrscheinlichkeiten q eines gegebenen erreichten Alters, wenn sie für das einzelne Ausstellungsjahr mit der Versicherungsdauer beständig wüchsen, dies um so mehr für die Gesamtheit aller Ausstellungsjahre tun, die Selektion also durch (a) verschärft statt abgeschwächt in die Erscheinung treten. Da in Wirklichkeit aber das Gegenteil beobachtet ist, so ist die Annahme der Komponente (b) in der Tat naheliegend. Meiner Meinung nach kommt aber für das Aufhören des Wachsens der q mindestens *neben* dieser Hypothese aller Wahrscheinlichkeit nach auch ganz wesentlich die in Nr. 16 besprochene Definition der Versicherungsdauer in Betracht. Denn einmal bewirken die starken Abrundungen an sich schon eine Verwischung der Unterschiede der Versicherungsjahre. Sodann führen die in Nr. 16 behandelten Störungen durch die Januar-Ausstellungstermine dazu, die Sterbenswahrscheinlichkeiten der ersten Versicherungsjahre mehr zu überschätzen als in der Endtafel, die alle folgenden Versicherungsjahre mit ihrem durchschnittlich viel niedrigeren Verfall zusammenfaßt.

Viertes Kapitel. Die Sterblichkeit der Über- und Untergewichte.

19. *Die Zahlenwerte der M. A. Gewichts-Sterbetafel.* Nach Aufstellung der Gewichtsnorm (Kapitel II) und einer Sterblichkeitsnorm (Kapitel III) ist die nächste Aufgabe, die Sterblichkeit zu ermitteln, die den Durchschnittsgewichten sowie einer gegebenen Abweichung vom Durchschnittsgewicht zukommt, und diese Sterblichkeit mit der normalen zu vergleichen. Dies ist bei der M. A. Untersuchung in einer Tafel geschehen, die wir die *M. A. Gewichtssterbetafel* nennen wollen,



und die auf Seite 24 des zweiten Bandes des Werkes in der Form veröffentlicht ist, daß die Abweichungen des wirklichen Gewichts vom Durchschnittsgewicht der M. A. Gewichtstafel (Nr. 8) in Prozenten von diesem ausgedrückt sind. Die Tafel bezieht sich ausschließlich auf Männer, die ohne jede Erschwerung — also auch ohne Erschwerung wegen Familiengeschichte — versichert wurden. Die entsprechenden Erfahrungen für weibliche Versicherte, auf die wir hier nicht eingehen, sind weniger umfangreich und auf Seite 44 ff. des genannten Bandes mitgeteilt. Der Vergleich der in einer bestimmten Risikenklasse beobachteten Sterblichkeit zu der nach der Norm (hier der M. A. Norm) erwarteten wird bekanntlich in der Weise geübt, daß man die in der betreffenden Risikenklasse wirklich beobachteten Zahlen der Todesfälle durch die nach der Norm zu erwartende Zahl derselben dividiert und den Quotienten, den wir kurz *das Sterblichkeitsverhältnis der betreffenden Risikenklasse* nennen wollen, als Prozentzahl ausdrückt. Dabei kann die der Zahl der Todesfälle zugrunde gelegte Zähleinheit irgendwie gewählt sein; im M. A. Werk ist sie (Nr. 15) die Police. Das Sterblichkeitsverhältnis umfaßt gewöhnlich alle Alter und Versicherungsdauern, so daß die relative Sterblichkeit in jeder Risikenklasse durch eine einzige Zahl charakterisiert ist. In der oben erwähnten Tabelle auf Seite 24 von Band 2 der M. A. Untersuchung repräsentiert jede Gewichtsabweichung eine Risikenklasse. Die folgende Tafel XII gibt die erhaltenen Sterblichkeitsverhältnisse wieder; sie wurden jedoch hier wegen der beschränkten Genauigkeit, die ihnen inne wohnt (Nr. 20), auf durch 5 teilbare Zahlen abgerundet, und es sind in Tafel XII diejenigen Werte fett gedruckt, die den Minimalwerten der unabgerundeten Zahlen in den einzelnen Spalten entsprechen. Die in der Eingangsspalte angegebenen prozentualen Abweichungen vom Durchschnittsgewicht sind ebenfalls durch 5 teilbar, was durch Einführung gewisser Zentralwerte erreicht wurde, wie weiter unten (Nr. 20) ausgeführt werden wird.

Um die Anwendung der Tafel zu erläutern, wollen wir annehmen, ein amerikanischer Antragsteller, der sonst ein normales Risiko ist, sei 42 Jahre alt, 5 Fuß 8 Zoll hoch und wiege 207 amerikanische Pfund. Aus Tafel III der Nr. 8 ersehen wir, daß sein Durchschnittsgewicht nach der M. A. Gewichtsnorm 159 Pfund sein müßte. Er hat also ein Übergewicht von 48 Pfund, das sind 30 % der Norm von 159 Pfund. Also lehrt die Tafel XII, daß für ihn eine Sterblichkeit von 150 % der Sterbenswahrscheinlichkeiten M. A. Tafel anzunehmen ist. Würde man dieses Sterblichkeitsverhältnis auf die Summen-Erfahrung der mehrfach erwähnten Selekt-Sterbetafel der New York Life Insurance Company anwenden, so entspräche es bei einem Zinsfuß von 3 % einer Netto-Extraprämie von 6 M., 6,50 M. oder 3 M. für je 1000 M. Versicherungssumme, je nachdem der beantragte Plan eine Todesfallversicherung gegen lebenslängliche Prämienzahlung, eine solche gegen 20 Prämien oder eine gemischte Versicherung auf 20 Jahre ist. Das soll natürlich nur eine rohe Erläuterung sein auf Grund von Material, für das mir die erforderlichen Daten gerade bequem zur Verfügung stehen. Sie gilt für Risiken, bei denen die Ärzte

Tafel XII. Sterblichkeitsverhältnisse (in Prozenten der M. A. Norm) der Gewichtsklassen der M. A. Untersuchung (M. A. Gewichts-Sterbetafel).

Prozentuale Abweichung vom Durchschnittsgew. %	Eintrittsalter									
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-53	54-56	57-59	60-62
	Sterblichkeitsverhältnis in Prozenten									
— 30	140	130	115	110	100	95	90	**85**	**85**	**85**
— 25	135	120	115	105	100	95	90	**85**	**85**	**85**
— 20	125	115	110	100	95	90	90	**85**	**85**	**85**
— 15	120	110	105	100	95	90	90	**85**	**85**	**85**
— 10	115	105	100	95	95	**90**	**85**	85	85	85
— 5	105	100	100	95	**90**	**90**	90	90	90	90
0	105	100	95	**95**	95	95	95	95	95	95
— 5	100	100	**95**	95	95	100	100	100	100	100
+ 10	**100**	**95**	95	100	105	110	110	110	110	110
+ 15	100	100	105	110	115	115	115	115	115	110
+ 20	100	105	110	120	125	125	125	120	115	115
+ 25	105	105	115	135	140	140	135	125	120	115
+ 30	105	110	125	145	150	150	145	135	130	125
+ 35	110	115	130	150	160	160	155	145	135	130
+ 40	115	120	140	160	170	170	165	155	145	140
+ 45	120	130	150	170	180	180	175	165	155	150
+ 50	125	135	155	180	195	190	185	175	165	160

keinen Anstand nahmen, trotz des Übergewichts von 30%, die Ausstellung einer glatten Police zu empfehlen. Eine ziffermäßige Übertragung der Tafel XII auf deutsche Verhältnisse ist schon deshalb nicht angängig, weil das Durchschnittsgewicht der Deutschen ein ganz anderes ist als das der Amerikaner. Die Tafel läßt aber einige allgemeine Tatsachen erkennen, die zum Teil auch durch andere Statistiken bestätigt sind. Folgende Punkte seien hervorgehoben:

1. Bei gegebenem Eintrittsalter erreicht das Sterblichkeitsverhältnis sein Minimum nicht für das Durchschnittsgewicht, sondern für ein geringes Übergewicht bei jungen, für ein geringes Untergewicht bei hohen Eintrittsaltern.

Bei den höchsten Eintrittsaltern reicht allerdings das Minimum bis zu den extremsten Graden des Untergewichts. Dies kann jedoch einmal mit der Unsicherheit der Ausgleichung bei diesen schwach besetzten Gruppen, sodann mit einer besonders sorgfältigen Auslese in diesen Fällen zusammenhängen.

2. Extremen Abweichungen vom Durchschnittsgewicht entsprechen im allgemeinen Höchstwerte des Sterblichkeitsverhältnisses.

3. Bei jungen Eintrittsaltern entspricht einem ausgesprochenen Untergewicht eine merkliche Erhöhung des Risikos, bei hohen Eintrittsaltern scheinbar nicht. Der letztere Umstand kann wieder mit einer besonders strengen ärztlichen Beurteilung der bejahrten Antragsteller zusammenhängen.

4. Ausgesprochenes Übergewicht bewirkt in den mittleren und höheren Altern eine merkliche Verschlechterung des Risikos, die auch

in den jüngeren Altern, wenn auch nur in abgeschwächtem Maße, wahrnehmbar ist.

20. *Die Unterlagen der M. A. Gewichts-Sterbetafel.* Das Material, das den in Tafel VII mitgeteilten Zahlen zugrunde liegt, wurde aus zwei Arten von Karten gewonnen:

a) *Allgemeine Körperbau-Karten.* Dies sind die Karten, die auch der M. A. Gewichtstafel (Nr. 8 Tafel III) zugrunde liegen. Sie beziehen sich auf Policen, die von den beteiligten Gesellschaften in den Vereinigten Staaten und Kanada von 1885 bis 1900 für männliche Risiken ohne erschwerende Bedingungen ausgestellt wurden, und zwar in ungeraden Kalenderjahren im Januar, in geraden Kalenderjahren im Juli. Die M. A. Gewichtstafel umfaßte (Nr. 8) 221 819 solche Policen.

b) *Besondere Körperbau-Karten.* Diese beziehen sich auf Policen, die von den beteiligten Gesellschaften in den Vereinigten Staaten und Kanada in den unter a) ausgeschlossenen Monaten von 1885 bis 1900 sowie in irgendeinem Monat von 1901 bis 1908 für männliche Risiken ohne erschwerende Bedingungen ausgestellt wurden, und wo die Versicherten ein Untergewicht von mehr als 15 % oder ein Übergewicht von mehr als 25 % einer sogleich zu beschreibenden provisorischen Norm aufwiesen. Diese provisorische Norm, die *nur zur Sichtung des Materials* verwandt wurde, war das Durchschnittsgewicht, das die Altersklasse 35 bis 39 der Shepherd-Norm (Nr. 8 Tafel III, Spalte 1) bei der in jedem Falle beobachteten Körperlänge aufwies.

Die allgemeinen Körperbau-Karten a und die besonderen Karten b ergaben im ganzen nach Ausscheidung extremer Alter und Körperlängen 744 672 Policen für Männer, deren Alter von 20 bis 62, deren Körperlängen von 5′ 3″ bis 6′ 2″ variierten.

Es wurde nun in jedem einzelnen Falle die Abweichung des wirklichen Gewichtes von dem zugehörigen Durchschnittsgewicht *der M. A. Norm* ermittelt; dann wurden mehrere Pfunde in Gruppen zusammengefaßt, um dem Umstande Rechnung zu tragen, daß ein Teil der Gewichte nur geschätzt bzw. abgerundet war (Nr. 9).

Zunächst wurden die Durchschnittsgewichte der M. A. Norm in Gruppen von je fünf Pfund vereinigt, der Art, daß zum Beispiel alle Durchschnittsgewichte von 123 bis 127 Pfund eine Gruppe bildeten, die durch das zentrale Gewicht 125 bezeichnet wurde. War bei einer gegebenen Höhen- und Altersklasse 126 Pfund das wirkliche Durchschnittsgewicht der M. A. Norm, so umfaßte die Gruppe „0 Pfund“ alle wirklich beobachteten Gewichte der betreffenden Höhen- und Altersklasse, die zwischen 123 und 127 Pfund lagen, die Gruppe der Gewichtsabweichungen „+ 5 Pfund“ alle wirklich beobachteten Gewichte von 128 bis 132 Pfund, die Gruppe der Gewichtsabweichungen „— 5 Pfund“ alle Gewichte der betreffenden Höhen- und Altersklasse zwischen 118 und 122 Pfund usw.

Auf diese Weise wurde eine Tabelle gewonnen, wie die Tafel XII, bei der aber die Abweichungen vom M. A. Durchschnittsgewicht nicht wie in Spalte 1 dieser Tafel, prozentuale, sondern absolute und durch die eben definierten Zentralwerte der Gewichtsabweichungen von

0, + 5, + 10,. . . Pfund bezeichnet waren. Diese Gruppen von Abweichungen wurden dann noch zusammengezogen zu größeren Gruppen und die zugehörigen Werte des Sterblichkeitsverhältnisses dann ausgeglichen. So entstand eine Tabelle wie die obige Tafel XII, in der jedoch die Gewichtsabweichungen absolute, nicht prozentuale waren. Sie findet sich auf Seite 23 des zweiten Bandes M. A. Werkes. Hieraus wurde dann die Tabelle auf Seite 24 jenes Bandes abgeleitet, auf der die Tafel XII basiert. Dies geschah, indem die prozentualen Abweichungen auf Grund des Durchschnittsgewichts berechnet wurden, das sich im *Durchschnitt aller Körperlängen* für die betreffende Altersklasse ergab. Die nach prozentualen Abweichungen geordnete Tabelle ist daher weniger genau als die nach absoluten Abweichungen. Trotzdem haben wir sie ihrer größeren Anschaulichkeit halber hier vorgezogen, zugleich aber die Sterblichkeitsprozentsätze auf durch fünf teilbare Werte abgerundet.

Die oben beschriebene Methode der Sichtung des Materials bringt eine etwas ungleichförmige Verteilung der Stärke hervor, mit der die einzelnen Klassen von Altern und Gewichtsabweichungen besetzt sind. Man ersieht dies im einzelnen aus der „Table III" auf Seite 110 und 111 des zweiten Bandes des M. A. Werkes, die auch den mittleren Fehler jedes Sterblichkeitsverhältnisses zu schätzen gestattet. Nennt man diejenigen Kombinationen von Altern und Gewichtsabweichungen in der Tafel XII „schwach besetzt", bei denen der mittlere Fehler des unausgeglichenen Wertes des Sterblichkeitsverhältnisses (d. h. des unausgeglichenen Wertes der in Tafel XII angegebenen Prozentzahl) mehr als 10 Einheiten beträgt, so sind schätzungsweise schwach besetzt im großen und ganzen folgende Gruppen:

In den Altersklassen	Die Untergewichte von mindestens	Die Übergewichte von mindestens
20—24	25 %	20 %
25—29	35 %	20 %
30—53	30 %	40 %
54 und mehr	alle	alle

Die dazwischen isoliert auftretenden Ungleichheiten der Besetzung dürften bei der ausgeglichenen Tafel belanglos sein.

21. *Abhängigkeit des Sterblichkeitsverhältnisses bei Über- und Untergewichten von der Versicherungsdauer.* Es ist charakteristisch für das Sterblichkeitsverhältnis der Übergewichte, daß es mit der Versicherungsdauer zunimmt, für das der Untergewichte, daß es mit der Versicherungsdauer fällt. Das geht aus der M. A. Untersuchung klar hervor. Da indessen die Störungen der Januar-Ausstellungstermine nach den Ausführungen der Nr. 16 ein Anwachsen des Sterblichkeitsverhältnisses lediglich vortäuschen könnten, soll für die Übergewichte die „Specialized Investigation" aus dem Jahre 1903 zur Kontrolle

herangezogen werden, deren Risikenklassen 59 und 60 Übergewichte enthalten. Der Gleichförmigkeit halber mögen auch die Klassen 58, 71 und 72 der Specialized Investigation mit herangezogen werden, die Untergewichte behandeln. Worin sich die Klassen 59 und 60 untereinander, anderseits die Klassen 58, 71, 72 untereinander sonst noch unterscheiden, ist an dieser Stelle ohne Interesse. Ich habe daher die Klassen 59 und 60 jener Untersuchung, die beide Übergewichte von mehr als 30 % der Gewichtsnorm enthalten, vereinigt und ebenso die Klassen 58, 71, 72, die alle drei Untergewichte von mehr als 15 % umfassen. Dabei kommt die Gewichtsnorm der Specialized Investigation, die Shepherd-Tafel, nach Nr. 8 der M. A. Gewichtstafel sehr nahe. Ich nehme deshalb an, daß die beiden vereinigten Gewichtsklassen, die ich aus der Specialized Investigation gebildet habe, ungefähr vergleichbar sind mit den Ergebnissen, die in der M. A. Untersuchung einerseits für Übergewichte von mindestens 50 Pfund, anderseits für Untergewichte von mindestens 25 Pfund, auf Seite 21 und 19 des zweiten Bandes veröffentlicht sind. In der Altersklasse 35 bis 39 und bei einer Durchschnittshöhe von 5′ 8″ bedeuten 50 Pfund reichlich 30 %, 25 Pfund reichlich 15 % (genauer 32 % und 16 %) des M. A. Normalgewichts.

Gemäß der Anordnung der Specialized Investigation habe ich nun für die beiden vereinigten Risikenklassen das Sterblichkeitsverhältnis einmal für das 1. bis 6. Versicherungsjahr, das andere Mal für die folgenden Versicherungsjahre durch das Sterblichkeitsverhältnis aller Versicherungsjahre dividiert und das so erhaltene „Sterblichkeits-Doppelverhältnis“ der analogen Größe gegenübergestellt, die aus der M. A. Untersuchung (Band 2, Seite 19 und 21) für das erste bis fünfte Versicherungsjahr einerseits, für die folgenden Versicherungsjahre anderseits berechnet werden konnte. Durch die Bildung des Sterblichkeits-Doppelverhältnisses ist der Einfluß der verschiedenen Sterblichkeitsnormen beider Untersuchungen (Nr. 15) tunlichst eliminiert. Die resultierende Tafel XIII, die hier folgt, zeigt nun, daß bei beiden Untersuchungen das Doppelverhältnis immer größer als 100 ist für die Periode der ersten Versicherungsjahre und kleiner als 100 für die Periode der folgenden Versicherungsjahre, wenn es sich um Untergewichte handelt, während für Übergewichte das Gegenteil gilt. Dies ist aber die gewünschte Bestätigung der Tatsache, von der wir in dieser Nummer ausgingen. Die einzige Ausnahme bilden die Eintrittsalter 57 bis 70 der Untergewichte der Specialized Investigation.

Die praktische Bedeutung des Verhaltens, das das Sterblichkeits-Doppelverhältnis in der Tafel VIII zeigt, liegt auf der Hand. Wächst das Sterblichkeitsverhältnis mit der Versicherungsdauer, wie bei den Übergewichten, oder ist es näherungsweise konstant, so kann die Übersterblichkeit durch eine angemessene Extraprämie von jährlich gleichbleibender Höhe gedeckt werden. Fällt aber das Verhältnis der wirklichen zur normalen Sterblichkeit mit der Versicherungsdauer wie bei den Untergewichten, so wäre theoretisch eine fallende Extraprämie, oder eine solche, die nur wenige Jahre zahlbar ist, oder eine einmalige Extraprämie vorzuziehen, wenn man sich nicht dazu

entschließen will, lieber die Versicherungssumme um einen mit der Versicherungsdauer fallenden, im voraus vereinbarten Prozentsatz zu reduzieren.

Tafel XIII. Sterblichkeit der Über- und Untergewichte nach der Versicherungsdauer. M. A. Untersuchung und „Specialized Investigation".

Sterblichkeits-Doppelverhältnis.

D. i. der Quotient des Sterblichkeitsverhältnisses für die angegebene Versicherungsperiode und des Sterblichkeitsverhältnisses für alle Versicherungsjahre.

M. A. Untersuchung				Specialized Investigation			
Eintrittsalter	Versicherungsjahre			Eintrittsalter	Versicherungsjahre		
	1—5	> 6	alle		1—5	> 6	alle
	Doppelverhältnis %				Doppelverhältnis %		
Hohes Untergewicht. (M. A. Untersuchung: 25 Pfund und mehr, Special. Investig.: mehr als 15%.)							
20—29	125	98	100	15—28	109	94	100
30—49	109	94	100	29—42	109	95	100
50—62	103	98	100	43—56	110	96	100
				57—70	95	103	100
Alle	107	95	100	Alle	108	96	100
Hohes Übergewicht. (M. A. Untersuchung: 50 Pfund und mehr, Special. Investig.: mehr als 30%.)							
20—29	83	115	100	15—28	98	101	100
30—49	73	118	100	29—42	75	119	100
50—62	86	124	100	43—56	85	110	100
				57—70	94	104	100
Alle	77	116	100	Alle	81	113	100

Fünftes Kapitel. Bedeutung des Über- und Untergewichts für besondere Risikoklassen.

22. *Übersicht über die behandelten Fragen.* Die in Nr. 19 wiedergegebene Tafel XII für das Sterblichkeitsverhältnis der verschiedenen Gewichtsklassen bezieht sich auf männliche Versicherte der M. A. Untersuchung, die zu normalen Bedingungen Aufnahme fanden. Von diesen „*normal* Versicherten" wohl zu unterscheiden sind die „*normalen* Versicherten", die einen Teil von jenen bilden und bei denen ungünstige Momente für die Beurteilung des Risikos nicht nur unerheblich waren, sondern überhaupt fehlten. Gerade auf diesem Unterschiede beruht die Möglichkeit, die Ergebnisse des M. A. Werkes zu verstehen; denn in ihm umfassen die Klassen ärztlich minderwertiger Risiken der Hauptsache nach normal Versicherte (Nr. 15).

Wir knüpfen jetzt wieder an das vorige Kapitel an. Der nächste Schritt im Rahmen der M. A. Untersuchung wird der sein, die besonderen Risikoklassen ins Auge zu fassen, bei denen noch andere ungünstige Momente als ein nicht normales Körpergewicht auftreten. Es kommen da einmal die gefährlichen Berufe in Betracht, zu denen wir nicht nur die durch Unfall gefährdeten, sondern auch die die

Gesundheit gefährdenden rechnen, sodann diejenigen Risikenklassen, bei denen ärztliche Bedenken vorliegen, die sich auf den Körperbau (auch abgesehen vom Gewicht), die Familiengeschichte und frühere oder bei der Untersuchung festgestellte Krankheiten beziehen können; endlich wäre der Aufenthalt in fremden Ländern, eventuell auch die Rasse zu berücksichtigen. In dem M. A. Werke ist nun zwar reichhaltiges Material für fast alle diese Gefahrmomente verarbeitet, jedoch interessieren in dem vorliegenden Aufsatz nur solche Arten des Risikos, für die ein Über- oder Untergewicht eine ihnen eigentümliche Erhöhung der Gefahr bedeutet, und deren Untersuchung daher zweckmäßigerweise unter Berücksichtigung des Körpergewichts erfolgt. Von solchen Momenten sind in der versicherungsärztlichen Literatur eine ganze Reihe aufgeführt, und damit dem Statistiker ebenso viele wichtige Aufgaben gestellt worden. Ernstlich in Angriff genommen sind aber von ihnen bisher nur sehr wenige. In der M. A. Untersuchung finden wir, soweit sie bisher erschienen ist, eine Sterblichkeitsstatistik nur für die *Fettleibigkeit,* die in Verbindung mit dem *Übergewicht* zu behandeln ist. Das *Untergewicht* ist als Merkmal einer Veranlagung zur *Tuberkulose* von *Florschütz* in seiner mehrfach erwähnten Arbeit statistisch untersucht worden, und die Specialized Investigation ermittelt sogar das Sterblichkeitsverhältnis für Fälle von Untergewicht und Tuberkulose in der Familiengeschichte. Andere als diese in den folgenden Nummern 24 und 25 besprochenen Statistiken des Sterblichkeitsverhältnisses sind mir aber nicht bekannt geworden, und wir können daher hier nur feststellen, daß zu dem durch die Überschrift dieses Kapitels bezeichneten Arbeitsprogramm im Verhältnis zu dessen Reichhaltigkeit und Bedeutung bisher nur sehr wenige Beiträge geliefert wurden. Dagegen sind die hier angedeuteten Aufgaben durch eine wichtige Voruntersuchung wenigstens nach einer Richtung hin systematisch vorbereitet. Wir meinen die Sterblichkeits-Statistik nach *Todesursachen,* zu der wir uns jetzt wenden wollen.

23. *Sterblichkeits-Statistik nach Todesursachen.* Schon oben ist bemerkt worden, daß wir uns vor allem an die Versicherungsärzte wenden müssen, wenn wir erfahren wollen, für welche Risikenklassen zu erwarten ist, daß ein Über- oder Untergewicht eine ihnen eigentümliche Erhöhung der Sterblichkeit hervorruft. Solche allein aus der Praxis und der medizinischen Lehre überhaupt hergeleiteten Annahmen haben aber, so wertvolle Hinweise sie enthalten, rein qualitative Bedeutung. Sie können uns nicht lehren, welche der aufgezählten Momente, von denen es eine ganze Reihe geben mag, auf das Sterblichkeitsverhältnis einen numerisch erheblichen Einfluß haben gegenüber anderen, die für die Höhe der Prämie von verschwindender Bedeutung sein können. Hier greift die Sterblichkeitsstatistik nach Todesursachen ein, die uns zwar nicht unmittelbar über die für die Versicherung allein maßgebenden Verhältnisse zur Zeit der Stellung des Antrages unterrichtet, wohl aber in präziser numerischer Form über den Einfluß der Umstände zur Zeit des Todes.

So beliebt aber in der Literatur bei Laien und Fachleuten eine

Sterblichkeitsstatistik nach Todesursachen ist, so selten begegnet man einer solchen, die nach einigermaßen korrekten Grundsätzen aufgestellt ist. Um nämlich ein richtiges Bild über die relative Häufigkeit zu gewinnen, mit der die verschiedenen Todesursachen bei einem gegebenen Material ins Spiel kommen, wäre theoretisch eine doppelt abgestufte Sterbetafel für jede der Todesursachen erforderlich. Diesem Ideal kann man sich nun in Wirklichkeit, da die Beobachtungen dazu meist zu wenig umfangreich sind, nur in einem gewissen Maße annähern. In der in Nr. 18 erwähnten Arbeit *R. Gollmers* über die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank ist dies so weit geschehen, als es der Umfang der Daten gestattete und der Zweck der Untersuchung erforderte. Es wurden nämlich für jede der dort unterschiedenen 21 Todesursachen gewissermaßen zwei Sterbetafeln konstruiert, die beide nach erreichten Altern fortschreiten und von denen sich die erste auf das erste bis fünfte Versicherungsjahr, die zweite auf die folgenden Versicherungsjahre bezieht. Die erreichten Alter sind in Klassen von je fünf Jahren zusammengefaßt (a. a. O. S. 32, 33 Tabelle 4). Der Beobachtungszeitraum entspricht den Ausstellungsjahren 1852 bis 1895. Ein Hauptziel *Gollmers* war die Änderung der Wirksamkeit der verschiedenen Todesursachen mit der Zeit deutlich vor Augen zu führen (vgl. Nr. 18).

Im gegenwärtigen Zusammenhange beziehen wir uns auf die *Gollmer*sche Abhandlung einmal deshalb, weil das System der Klassifikation der Todesursachen, das ihr zugrunde liegt, für deutsche Untersuchungen dieser Art wohl als Muster gelten wird, sodann, weil eben die Messung der nach Todesursachen unterschiedenen Sterblichkeit nach einem technisch begründeten Verfahren vorgenommen ist.

Auch die M. A. Untersuchung bringt eine Sterblichkeitsstatistik nach Todesursachen. Bei ihr sind 41 Klassen von Todesursachen unterschieden; die Gesichtspunkte der Einteilung sind ähnliche wie bei *Gollmers* 21 Klassen. Es galt, die Statistik einmal in größerem Maßstab für die normal Versicherten schlechthin durchzuführen, sodann in einem Umfange, der dem jeweiligen Bedürfnis entsprach, für besondere Risikoklassen. Speziell geschah dies für Versicherte mit hohem Übergewicht (von mindestens 50 Pfund) und hohem Untergewicht (von mindestens 25 Pfund), die aus dem Material des vorigen Kapitels gewonnen wurden und daher ebenfalls zu normalen Bedingungen aufgenommen waren.

Die „normal Versicherten schlechthin" entstammten dem Material der M. A. Sterbetafel (Nr. 17). Sie wurden in drei Klassen von Eintrittsaltern eingeteilt, 15 bis 24, 30 bis 44, 45 und darüber. In jeder von ihnen wurde für jede der 41 Todesursachen das Verhältnis der durch die betreffende Ursache hervorgerufenen Todesfälle zur Gesamtzahl aller in derselben Altersklasse beobachteten Todesfälle berechnet, sowie das Verhältnis jener Todesfälle zur Gesamtzahl der Policen unter Risiko in der betreffenden Altersklasse (a. a. O. Bd. 2, S. 27 bis 29). Eine Trennung nach der Versicherungsdauer dagegen

fand nur für einige besonders ausgewählte Todesursachen statt (a. a. O. S. 31 bis 33).

Die Gliederung dieser Statistik ist demnach gegenüber der *Gollmer*schen ziemlich primitiv. Zu dem im Anfange dieser Nummer bezeichneten Zwecke reicht sie aber vollkommen aus. Vergleicht man nämlich die so erhaltenen Zahlen für hohe Übergewichte, hohe Untergewichte und normal Versicherte schlechthin, so entsteht die charakteristische Tafel XIV, die ein Auszug aus der „Table L“ des M. A. Werkes (Bd. 2 S. 34) ist:

Tafel XIV. Die Sterblichkeit nach Todesursachen bei normal versicherten Männern der M. A. Untersuchung für hohe Über- und Untergewichte und für normal Versicherte schlechthin.

Todesursache	Eintrittsalter: 15 bis 29			30 bis 44			45 und darüber		
	mindestens 50 Pfd. Übergewicht	Normal-Versicherte der M.A. Tafel	mindestens 25 Pfd. Untergewicht	mindestens 50 Pfd. Übergewicht	Normal-Versicherte der M.A. Tafel	mindestens 25 Pfd. Untergewicht	mindestens 50 Pfd. Übergewicht	Normal-Versicherte der M.A. Tafel	mindestens 25 Pfd. Untergewicht
	Durchschnittswahrscheinlichkeit in einem Jahre an der angegebenen Ursache zu sterben in Zehntausendsteln:								
Lungentuberkulose	2,3	10,6	21,5	1,8	8,2	16,5	2,3	8,4	19,5
Diabetes	1,5	0,6	0,7	5,9	1,2	0,5	13,6	2,8	0,6
Gehirnblutung und Schlag	2,6	1,0	0,7	11,4	4,1	2,3	39,7	21,2	11,2
Organische Herzkrankheiten	4,9	1,4	1,5	11,8	4,0	2,9	38,4	19,9	12,8
Lebercirrhose	1,3	0,3	0,1	3,8	1,0	0,3	6,7	3,3	1,2
Nierenentzündung u. Brightsche Krankh.	6,3	1,9	1,6	16,2	4,9	3,0	37,4	17,9	9,7
Alle übrigen Ursachen	35,3	31,4	31,3	58,5	43,8	44,7	120,9	113,7	109,4
Summa	54,2	47,2	57,4	109,4	67,2	70,2	259,0	187,2	164,4

Die Tafel zeigt deutlich:

1. die geringe Häufigkeit der Sterbefälle an Lungentuberkulose bei hohem Übergewicht,

2. die große Häufigkeit der Sterbefälle an Lungentuberkulose bei hohem Untergewicht,

3. die große Häufigkeit der Sterbefälle bei hohem Übergewicht einmal, wenn

Gehirnblutung und Schlag, organische Herzkrankheiten

die Todesursachen waren, das andere Mal bei den Todesursachen:

Zuckerkrankheit, Nierenentzündung oder Lebercirrhose.

Zwar ist, wie ein Zurückgehen auf das Originalwerk lehrt, die absolute Zahl der in den einzelnen Kategorien beobachteten Todesfälle mitunter recht klein (z. B. bei Lebercirrhose, Alter 15 bis 29, $>$ 50 Pfund Übergewicht gleich 9) und demgemäß der mittlere Fehler der berechneten Sterbenswahrscheinlichkeit beträchtlich. Auf der anderen Seite aber sind die gefundenen Unterschiede der Sterblich-

keitssätze in obiger Tabelle so markant und übereinstimmend, daß man den Resultaten eine charakteristische Bedeutung wohl zusprechen darf. Auch vom ärztlichen Standpunkte aus dürften die gefundenen Ergebnisse durchaus verständlich sein.

24. *Fettleibigkeit.* Die Fettleibigkeit ist in der versicherungsmedizinischen Literatur mehrfach behandelt (vgl. z. B. *P. F. Richter*, Berichte und Verhandlungen des vierten internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin Bd. 1, Berlin 1906, S. 79). *R. Carmelich* hat ihr eine besondere, mehrfach erwähnte Schrift gewidmet (Nr. 3). Definiert wird die Fettleibigkeit verschieden. Die M. A. Untersuchung nimmt, einem öfter befürworteten Vorschlage entsprechend, Fettleibigkeit überall da an, wo der Bauchumfang größer ist als der Umfang der Brust bei der Einatmung. Fettleibigkeit ist nicht immer mit Übergewicht verbunden, das Umgekehrte braucht auch nicht der Fall zu sein. Je nach dem Maße, in dem der Bauchumfang den Brustumfang übersteigt, werden vier Grade der Fettleibigkeit unterschieden. Wir werden auf diese Unterteilung verzichten, da die Ergebnisse keine deutliche Zunahme der Sterblichkeit mit wachsender Fettleibigkeit zeigen — offenbar wegen der vermehrten ärztlichen Sorgfalt. Dagegen ist von Bedeutung die Einteilung in sechs Gewichtsklassen, die mit den Symbolen 0 bis 5 bezeichnet werden, je nachdem die Abweichung vom Durchschnittsgewicht beträgt:

In Klasse 0	— 5 %	bis	+ 5 %
„ „ 1	+ 5 %	„	+ 15 %
„ „ 2	15 %	„	25 %
„ „ 3	25 %	„	35 %
„ „ 4	35 %	„	50 %
„ „ 5	50 %	und mehr.	

Als Durchschnittsgewicht wird das der jeweiligen Körperlänge entsprechende M. A. Gewicht genommen, aber nicht für das wirkliche Eintrittsalter, sondern für das Alter 37. Das M. A. Werk sieht in der Wahl des festen Alter 37 einen Vorzug, weil dadurch die Gewichtsklasse 0 in Wirklichkeit etwa diejenige wird, in der bei jeder Gruppe von Eintrittsaltern das Sterblichkeitsverhältnis sein Minimum erreicht (vgl. Tafel XII der Nr. 19). Es würden also die Gruppen auf diese Weise „mehr homogen“. In der Tat bezeichnet die Gewichtsklasse 0 bei den jungen Eintrittsaltern ein geringes Übergewicht, bei den hohen ein geringes Untergewicht. Gleichwohl würde unserer Meinung nach eine klarere Auffassung der erzielten Resultate ermöglicht worden sein, wenn man das Durchschnittsgewicht der wirklichen Eintrittsalter der Einteilung zugrunde gelegt hätte. Die Fettleibigen bilden die Klasse 42 der im vierten Bande des Werkes behandelten physischen Mängel (medical impairments). Diese Klasse umfaßt daher, der allgemeinen Regel entsprechend (Nr. 15), nicht nur die normal Versicherten, sondern auch diejenigen, denen wegen der Familiengeschichte erschwerende Bedingungen auferlegt wurden. Die Ergebnisse (a. a. O. S. 19 bis 23) fassen wir in ihren Hauptzügen in der folgenden Tafel XV zusammen.

Tafel XV. Sterblichkeitsverhältnis der Fettleibigen. M. A. Versicherte, denen höchstens wegen der Familiengeschichte erschwerende Bedingungen auferlegt wurden.

Gewichtsklasse	Abweichung vom M. A. Durchschnittsgewicht des Alters 37 in Prozenten von diesem	Sterblichkeitsverhältnis %
0	— 5% bis + 5%	98
1	+ 5% „ + 15%	114
2	15% „ 25%	129
3	25% „ 35%	136
4	35% „ 50%	165
5	50% und mehr	228

Vergleicht man die nach obiger Tabelle sich ergebenden Sterblichkeitssätze der Fettleibigen mit den Zahlen, die sich für die sechs Gewichtsklassen nach der bloßen Sterblichkeit der Übergewichte (Nr. 19) ohne besondere Berücksichtigung der Fettleibigen ergeben würde, so findet man (a. a. O. Bd. 4, S. 21), daß die Fettleibigkeit bei dem in Rede stehenden Material das schon hohe Sterblichkeitsverhältnis der Übergewichte noch um 6 bis 8 % seines Wertes erhöht hat. Welchen Anteil hieran der Umstand haben mag, daß in der Klasse der Fettleibigen etwaige Mängel der Familiengeschichte einbegriffen sind, während die Übergewichte nur normal Versicherte umfassen, entzieht sich der Beurteilung.

Über die Todesursachen bei Fettleibigkeit findet man einige Angaben (Bd. 4, S. 23), nach denen sich das Bild ähnlich wie für die Übergewichte gestaltet (Nr. 23).

25. *Untergewicht und Anlage zur Tuberkulose.* Wir beginnen mit der Arbeit von *Florschütz* (Nr. 7). Ihr Hauptteil ist rein anthropometrischer Natur und verwertet zu diesem Zweck die Statistik der Todesursachen der Gothaer Lebensversicherungsbank. Es wurden (*a*) für die bei der Gothaer Lebensversicherungsbank in den Jahren 1881 bis 1904 beobachteten Todesfälle an Tuberkulose bei von 1881 bis 1904 abgeschlossenen Versicherungen, getrennt nach fünf Klassen von Eintrittsaltern, die Durchschnittswerte folgender Körpermaße festgestellt:

Körperlänge,
Brustumfang bei Ausatmung,
Brustumfang bei Einatmung,
Bauchumfang,
Körpergewicht.

Ziel der Untersuchung war, in dem ganzen Körperhabitus ein objektives Merkmal für die Anlage zur Tuberkulose zu gewinnen.

Hierauf wurden (*b*) als „Vergleichspersonen“ diejenigen Versicherten herangezogen, deren erstmalige Versicherung der Aufnahme je einer an Tuberkulose verstorbenen Person (*a*) zunächst vorangegangen war und auch für sie die obigen Durchschnittswerte berechnet. Abgesehen von der jüngsten Altersklasse 15 bis 19, deren Verhalten etwas komplizierter ist (vgl. a. a. O. S. 43), ergaben sich bei den

durchschnittlichen Körperlängen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen (*a*) und (*b*), bei den übrigen Maßen aber blieben die Durchschnittswerte von (*a*) hinter denen von (*b*) erheblich zurück, und zwar merkwürdigerweise um so mehr, je höher das Eintrittsalter war. Im besondern folgt hieraus, wie zu erwarten, ein Untergewicht bei Gruppe (*a*). Dem entspricht bei der M. A. Untersuchung die Tatsache, daß die Sterblichkeit an Lungentuberkulose bei hohem Untergewicht (vgl. Nr. 23, Tafel XIV) in sämtlichen Altersklassen mehr als doppelt so hoch als bei den normalen Risiken war.

Nichtsdestoweniger unterscheidet sich das Ergebnis von *Florschütz* ganz wesentlich von dem eben erwähnten der M. A. Untersuchung, weil in dieser die besondere Risikenklasse — die wir zu *Florschütz*s Gruppe (*a*) in Parallele gesetzt haben — dadurch definiert wird, daß *in jedem einzelnen Fall* Untergewicht von mindestens 25 Pfund vorhanden ist. Dagegen bleibt bei *Florschütz*s Gruppe (*a*) das Gewicht nur *im Durchschnitt* hinter dem normalen zurück. Daß in dieser Gruppe erhebliche Abweichungen vom Durchschnitt vorkommen, die im einzelnen Fall auch ein normales Gewicht ergeben können, zeigt sehr lehrreich *Florschütz*s Tabelle 5 (a. a. O. S. 50 und 51) und sein Diagramm (a. a. O. S. 60) der relativen Häufigkeit, mit der Abweichungen vom Durchschnittsgewicht das eine Mal bei Gruppe (*a*), das andere Mal bei Gruppe (*b*) auftreten. Hiermit ist zugleich erwiesen, daß die in Nr. 9 von einem anderen Gesichtspunkte aus betrachteten Häufigkeitskurven auch vom rein praktischen Standpunkte aus interessieren.

Die *Florschütz*sche Arbeit untersucht schließlich noch die Fälle, in denen die Familiengeschichte des Antragstellers das Vorkommen von Tuberkulose nachwies. Es ergab sich z. B., daß in der Gruppe (*a*) 17,7 % aller Todesfälle, in der Gruppe (*b*) aber 10,2 % aller Todesfälle solche waren, in denen bei einem der Geschwister Tuberkulose angegeben war (a. a. O. S. 53, Tabelle 6).

Das Sterblichkeitsverhältnis (Nr. 19) für Tuberkulose in der Familiengeschichte wird von *Florschütz* nicht berechnet. Hierfür gibt aber die frühere amerikanische Untersuchung (Specialized Investigation) einen gewissen Anhalt, bei der in Klasse 71 die Fälle zusammengefaßt sind, in denen ein Untergewicht von mindestens 15 % der Norm bestand, und Vater oder Mutter an irgendeinem Lungenleiden gestorben waren.

Um uns von der *Farr*schen Norm (Nr. 15) der Specialized Investigation möglichst frei zu machen, berechnen wir wieder ein Doppelverhältnis und nehmen zu seinem Zähler das Sterblichkeitsverhältnis der Klasse 71, zu seinem Nenner das Sterblichkeitsverhältnis der vereinigten (Nr. 21) Untergewichtsklassen 58, 71, 72. Wir gewinnen so einen Maßstab für die kombinierte Wirkung von Untergewicht und Lungenleiden in der Familiengeschichte gegenüber dem Untergewicht schlechthin. Das Ergebnis ist in der folgenden Tafel XVI enthalten.

Tafel XVI. Sterblichkeits-Doppelverhältnis für Untergewichte von mindestens 15% mit Lungenleiden in der Familiengeschichte nach der „Specialized Investigation".

(Zähler: Sterblichkeitsverhältnis für Untergewichte, wenn Vater oder Mutter an einem Lungenleiden gestorben war. Nenner: Sterblichkeitsverhältnisse für Untergewichte schlechthin.)

Eintrittsalter	Sterblichkeits-Doppelverhältnis, Prozent
15—28	134%
29—42	107
43—56	107
57—70	97
Alle	108%

Hiernach hat sich der Einfluß von Lungenleiden in der Familiengeschichte namentlich in den jungen Eintrittsaltern geltend gemacht.

Gesichtspunkte für die Grenzziehung zwischen Angestellten und Selbständigen in der Angestellten-Versicherung.

Von A. Schneider, Gepr. Rechtspraktikant, Hilfsarbeiter bei der R. V. A. für Angestellte (Berlin).

Die nachfolgenden Betrachtungen setzen sich zur Aufgabe, einer Formel wenigstens nahe zu kommen, nach welcher sich beurteilen läßt, ob es sich in gewissen Fällen um freie Erwerbstätigkeit oder abhängige Angestelltentätigkeit handelt. Da für die Angestellteneigenschaft die rechtliche Seite des Beschäftigungsverhältnisses nicht maßgebend ist, die wirtschaftliche aber zu einer scharfen, allgemein faßbaren Grenzlinie nicht gelangen läßt, so bleibt kein anderer Weg, als sich zum gedachten Zwecke von der Auslegung des fertigen Gesetzes zurückzuziehen und aus den sozialpolitischen Motiven des Gesetzes den Angestelltenbegriff von neuem aufzuerbauen. So sei gewissermaßen als auszufüllendes Blankett an den Anfang der Erörterung der Satz gestellt: Angestellter ist, wer von dem Grundgedanken des Gesetzes über die Notwendigkeit der Versicherung ergriffen wird.

Der Zwang der reichsgesetzlichen Versicherungen (Arbeiter- wie Angestelltenversicherung) hat ein doppeltes Objekt: den Versicherten und dessen Arbeitgeber. Soweit sich der Versicherungszwang gegen den Versicherten selber wendet, ist er nicht ein Zwang, der dem Betroffenen Opfer auferlegen will, wie etwa der Steuerzwang in finan-



zieller, der Militärzwang in persönlicher Hinsicht, sondern ein Zwang im Interesse des davon Betroffenen selbst, also vormundschaftlicher Natur, ein *psychologisches* Geschenk für ihn, das ihm die Last der eigenen Energie zur Fürsorge für die Zukunft abnimmt und sie durch fremde Energie ersetzt.

Das Bewußtsein, diese psychologische Funktion zu besitzen, findet sich in der Begründung zum Regierungsentwurf Seite 68 Absatz 2 niedergelegt, woselbst zum Ausdruck kommt, daß sich der Gesetzgeber den *versicherungsunwilligen* jüngeren, sich in seiner Vollkraft fühlenden und noch ledigen, darum zur Versicherung geeigneten Angestellten zum Gegenstand seines Zwanges nehme zugunsten eben der nämlichen Personen im versicherungsbedürftigen Zustande der Verheiratung und des höheren Alters.

Soweit sich hingegen der Zwang gegen den Arbeitgeber richtet, bedeutet er für den Arbeitnehmer ein *materielles* Geschenk, nicht freilich in dem wörtlichen Sinne der §§ 170, 178 des Angestelltenversicherungsgesetzes, als ob unter allen Umständen die Beitragshälfte, die das Gesetz dem Arbeitgeber als rechtliche Pflicht aufbürdet, von diesem nun auch im wirtschaftlichen Sinne voll getragen werden müßte und also in ihrer ganzen Höhe dem Angestellten zugute käme. Solange vielmehr die Höhe des Arbeitsentgelts der freien Vereinbarung der Parteien überlassen bleibt, solange also dem Arbeitgeber nicht die Zahlung eines gesetzlich bestimmten Arbeitsentgelts aufgetragen ist und daher für den Zwang zur Zahlung eines „mehr“ die Grundlage fehlt, wird immer das eigentlich materielle Geschenk, das die Zwangsversicherung dem Arbeitnehmer bringt, auf der nach Art einer Koalition wirkenden *Allgemeinheit des Versicherungszwanges* beruhen; indem nämlich jeder gleichgestellte Arbeitnehmer von Gesetzes wegen gezwungen ist, aus seinem Arbeitsentgelt (hierzu gehört im wirtschaftlichen Sinne auch der Arbeitgeberbeitrag) einen Teil für die Bedürfnisse seiner Zukunft zurückzulegen, ist es unmöglich gemacht, daß sich ein Arbeitnehmer aus Not oder Kurzsichtigkeit mit einem nur für die Gegenwart ausreichenden Arbeitsentgelt begnüge und so seinen Kollegen, die ordnungsgemäß ein auch für die Zukunft sorgendes Arbeitsverhältnis einzugehen wünschen, in den Rücken falle.

Diesem Gedanken hat der Gesetzgeber im ganzen Aufbau der Versicherung ein bleibendes Denkmal gesetzt, indem er die Pflicht zur Beitragszahlung als mitwirkenden Faktor auf dem Arbeitsmarkte erkannte, daher zur Verhütung einer unwillkommenen Verschiebung auf dem Arbeitsmarkte für die Gleichheit der Beiträge sorgte und so die Lasten der Angestelltenversicherung den versicherungstechnischen Gesetzen entgegen ohne Rücksicht auf Geschlecht und Alter bestimmte (Begründung Seite 102, 133, 134 Absatz 2). Nur in geschlossener Phalanx — das ist der Gedanke des Gesetzgebers — können die Angestellten die neue Versicherung in einen Sieg für sich verwandeln. Hiervon hat das Gesetz allerdings eine Ausnahme in der Befreiungsvorschrift des § 11, in gewisser Beziehung auch der §§ 9 bis 10 gemacht.

Diese beiden Funktionen des Versicherungszwanges, der den Bedürfnissen der Gegenwart gegenüber so leicht als weniger dringlich empfundenen und darum im Existenzkampf gefährdeten Sorge für die Zukunft sowohl im Kampf gegen die eigene Sorglosigkeit des Betreffenden wie auch im Kampf gegen den Arbeitgeber zu Hilfe zu kommen, ersteres durch den Sparzwang an sich, letzteres durch den Zusammenschluß aller Angestellten in diesem Sparzwang, ziehen die große Grenzlinie der Versicherungspflicht nach oben: gegenüber den Selbständigen.

Soweit der Versicherungszwang den Arbeitnehmer zum Gegenstande hat, ist er, wie gesagt, ein Zwang im Interesse des Versicherten selbst; hieraus folgt, daß er nur jene Personen ergreifen darf, die an und für sich den Willen haben müßten, eine Versicherung abzuschließen, ein Sparkapital anzuhäufen oder eine diesen Maßregeln ähnliche Vorkehrung zu treffen. Das Wesen dieser für die Zukunft getroffenen Fürsorgemaßregeln beruht darin, daß sie aus dem Überfluß der Gegenwart Mittel für den Mangel der Zukunft aufspeichern. *Jene* Personen also müssen dem Versicherungszwange unterworfen sein, deren Existenz auf eine allmählich schwindende Grundlage gestellt ist. Daß unter dieses Kennzeichen nicht eine auf die Erträgnisse eines Vermögens gestützte Existenzmöglichkeit fällt, ist ohne weiteres klar. Ein Mensch, der von den Erträgnissen seines Vermögens lebt, bildet an sich kein geeignetes Objekt für den hier behandelten Versicherungszwang.

Wohl aber wäre an sich der Sparzwang des Gesetzes bei einem Menschen angezeigt, der aus Verschwendung oder Trägheit von seinem Stammkapital zehrt; allein auch einen solchen unter die Herrschaft des Gesetzes einzubeziehen, dazu fehlt es an der anderen Voraussetzung der Versicherungspflicht, dem machtvollsten Impuls des Gesetzes, an Gelegenheit zur Auslösung für die oben als Koalitionswirkung bezeichnete Bedeutung des Gesetzes. Es blickt an dieser Stelle die Entstehungsgeschichte in das System des Gesetzes herein: das Gesetz ist entstanden nicht aus dem Verlangen der Allgemeinheit nach einem Schutz vor Armenlasten, sondern aus dem Verlangen der Angestellten nach einem Zusammenschluß gegenüber der Arbeitgeberschaft: der nichtarbeitende Kleinkapitalist bleibt frei (über die Entstehungsgeschichte vgl. Denkschrift Seite 81).

Eine schwindende Existenzgrundlage, die sich überdies nicht verheimlichen läßt, ist in offenbarer Weise die persönliche Arbeitskraft; ihre Abnutzung bedarf, soll die Existenzgrundlage ihres Besitzers eine gesunde bleiben, des steten Ersatzes. Dieser Ersatz kann nun wieder in doppelter Weise erfolgen:

1. Der Mensch erwirbt mit dem Überschuß seiner gegenwärtigen Kraft Hilfsmittel und Bundesgenossen seiner Arbeitskraft: Werkzeuge, die ihre Wirkung vergrößern, Arbeitslokale, die ihre Ausnutzung ermöglichen, die Kenntnis von Absatzmöglichkeiten, die ihre zweckmäßigste Verwertung sichern, einen bekannten Namen, der ihren Erzeugnissen die Wege bereitet, Personal, das in seinem Erwerbsleben die Rolle lebendiger Werkzeuge übernimmt, um sein Ein-

kommen schließlich von seiner Arbeitskraft völlig loszulösen, die Arbeitskraft völlig zu ersetzen: mit anderen Worten, der arbeitende Mensch gründet ein Geschäft und die Werte, um die sich seine Arbeitskraft vermindert, fließen in die steigende Bedeutung seines Geschäfts.

2. Der Mensch besitzt diese Möglichkeit des Ersatzes seiner schwindenden Arbeitskraft nicht, und zwar a) weil seine Arbeitsleistung eine so rein persönliche, an sein Leben gekettete ist, daß sie sich ihrer Natur nach durch Hilfsmittel in ihrem Hinschwinden nicht ersetzen läßt, oder b) weil er mit den Früchten seiner Arbeitskraft auch die etwa vorhandene Möglichkeit ihres Ersatzes durch äußere Hilfsmittel an einen Dritten verkauft hat und nur die nackte Arbeitskraft übrig behalten hat, von deren Ertrag er lebt: der Angestellte.

Eine Würdigung dieser drei Gruppen von Arbeitern ergibt folgendes:

Eine Einbegreifung der ersten Gruppe, die der selbständigen Gewerbetreibenden, in die Zwangsversicherung wäre eine Versündigung gegen die Volkswirtschaft. Die Anlage des überschüssigen Erwerbes in der Vergrößerung des Geschäftsbetriebes enthält neben der Anlage überschüssiger Arbeitskraft zugleich in sich die Anlage von Mut, Weitblick, Organisationstalent, kurz, aller höherer Erwerbstugenden, die nur dem Unternehmer eigen sind und von denen jede sich bei dieser Anlage besonders verzinst, so daß die Verwendung von Erübrigungen für das Geschäft sich weit ertragsreicher gestaltet als die Zurücklegung in der Form des Sparkapitals. Diese selbständigen Erwerbstreibenden sind kein geeignetes Objekt für die Zwangsversicherung, d. h. für die zwangsweise Zurücklegung eines Sparkapitals. Der Gesetzgeber hat sich zur Einführung der Angestelltenversicherung auch erst in dem Bewußtsein entschlossen, daß ein Aufsteigen zur Selbständigkeit, der schönsten Krönung treuer Arbeit, nicht mehr die Regel bilde (vgl. Begründung Seite 66).

Die unter Gruppe 2 b genannten Arbeiter haben auf alle diese Gelegenheiten zu verzinslicher Anlage der höheren Unternehmertugenden zugunsten ihres Arbeitgebers verzichtet, sie haben jede Möglichkeit, ihre Arbeitskraft in ihrer Produktivität durch äußere Mittel zu ersetzen, preisgegeben. Sie nähren sich ausschließlich von der der Abnutzung überlieferten nackten Arbeitskraft; ihnen bleibt kein anderes Mittel zur Anlage ihres Überschusses als die Anhäufung eines Sparkapitals. Wenn die Zwangsversicherung sie hierzu zwingt, so bringt sie damit nur eine Maßnahme zur Ausführung, die sonst aus dem freien Willen des Versicherten hätte geboren werden müssen. Die Angestellten wie die Arbeiter sind der Hauptbestand der Zwangsversicherungen.

Eine Mittelstufe nehmen jene Selbständigen ein, die persönliche Dienste leisten; sie haben mit den selbständigen Unternehmern gemein, daß sie ihrer Arbeitskraft manche Erleichterungen, manche Erweiterungen ermöglichen, manche Steigerung ihrer Wirksamkeit schaffen können, während sie mit den Angestellten und Arbeitern das Schicksal verknüpft, daß sie ihre Erfolge niemals ganz von ihrer persön-



lichen Arbeit loslösen können, daß die Mittel, mit denen sie ihre sinkende Arbeitskraft stützen können, beschränkte sind und daß daher das gemeinsame Schicksal eines bloßen Arbeitslebens statt leichten Unternehmergewinnes sie mit den Angestellten verbrüdert. Als Beispiel der Mittel, mit denen sie ihre Arbeitskraft in deren Wirkungsmöglichkeit erweitern können, nenne ich einen bekannten Namen, der ihnen die Möglichkeit der Verwertung ihrer Arbeitskräfte erschließt und jene Arbeitsleistung überflüssig macht, die auf die Ebnung der Wege zum Erwerbe verwendet werden muß, ferner Prüfungszeugnisse und Titel, die dieselben Dienste leisten, endlich die gesammelten Erfahrungen und Kenntnisse, die dem Sinken der physischen Kraft das Gleichgewicht bieten können. Diese Gruppe wird je nach speziellen Erwägungen der Zwangsversicherung zu unterwerfen sein oder nicht.

Das Gesetz drückt die bisher gewonnenen Ergebnisse dadurch aus, daß es als Erfordernis der Versicherungspflicht die Eigenschaft als Angestellter aufstellt (§ 1 Absatz 5), und daß es in § 4 die eben besprochene Mittelgruppe nicht von sich aus der Versicherungspflicht unterwirft, wohl aber dem Bundesrat die Erstreckung der Versicherungspflicht auf diese Personen ermöglicht.

Treten wir nun der Umgrenzung der Versicherungspflicht von der als Koalitionsgedanke bezeichneten Idee des Gesetzes aus näher, so ergibt sich folgendes:

Das Gesetz will kraft dieses Gedankens die Arbeit gegenüber dem Besitze stärken. Die Berechtigung dieses Beginnens liegt darin, daß der Besitz zu einer gewissen Übermacht gelangt ist, daß anderseits die Arbeitskraft die letzte Stütze der menschlichen Existenz darstellt, daß also durch das gedachte gesetzgeberische Unternehmen ein gesunder Ausgleich der wirtschaftlichen Kräfte durch Unterstützung des schwächeren Teiles derselben stattfindet.

Gegenstand dieser gesetzgeberischen Tat ist nun aber die Arbeitskraft an sich, die Arbeitskraft als Werkzeug zum Lebensunterhalt des Arbeitenden, nicht hingegen die Arbeitskraft in ihrer Beziehung zu einem individuellen Arbeitszweck, als Mittel zur Befriedigung eines bestimmten Lebensbedürfnisses; denn nicht unter den Lebensbedürfnissen will das Gesetz dem einen vor dem andern den Vorzug geben, sondern unter den Produktionsmitteln will es das schwächere Produktionsmittel der Arbeit gegen das stärkere des Beseitzes unterstützen.

Hieraus folgt unmittelbar: nur wo die Arbeitskraft in einer Person in der Weise in Erscheinung tritt, daß ihre Unterstützung seitens des Gesetzes nicht zugleich eine Unterstützung bestimmter Lebensbedürfnisse, denen sie dient, spezieller Voraussetzungen, unter denen allein sie geübt werden will, oder äußerer Hilfsmittel, mit denen sie sich verbunden hat, darstellt, fällt sie unter den Geltungsbereich des Gesetzes. Diese Voraussetzungen sind erfüllt beim Angestellten; denn er empfängt den Verwendungszweck, die Verwendungsart und die Verwendungsmittel erst aus der Hand seines Arbeitgebers.

Wer dagegen seine Arbeitskraft derart spezialisiert, daß es zur wesentlichen Aufgabe wird, für sie einen Abnehmer zu finden, der sieht sich statt einem Arbeitgeber, von dem das Gesetz in der Form der Beitragsverpflichtung eine höhere Berücksichtigung der Bedürfnisse des Arbeiters erzwingen kann, dem Gesetz von Angebot und Nachfrage gegenüber, das seine Seele aus den Bedürfnissen des Publikums und deren Dringlichkeit empfängt, über die der Gesetzgeber weder gebieten kann noch will. Dasselbe gilt von einer Spezialisierung der Arbeitskraft in der Weise, daß sie nur unter spezifischen Bedingungen (Zeit, Ort, Hilfsmittel, Art und Weise) dargeboten werden will.

Es ist der selbständige Geschäftsinhaber, der seine Arbeitskraft nur darbietet zu den Produktionsgegenständen seiner Branche, von dem Sitz seines Geschäftes aus, unter Verwendung der ihm gehörigen Hilfsmittel. Wollte das Gesetz auch seiner Arbeitskraft Hilfe leisten, so müßte es damit auch seiner Branche, seinem Geschäftssitz, seinem Eigentum einen ganz ungerechtfertigten Vorzug gewähren.

Auch hier tritt uns wieder eine Mittelgruppe entgegen. Sie arbeitet nicht mit äußeren Hilfsmitteln, sie ist also der Unterstützung durch das Gesetz bedürftig und würdig, aber sie spezialisiert ihre Arbeit derart, daß ihre Stärkung nicht trennbar ist von einer Bevorzugung des Bedürfnisses, dem sie sich widmet, und, weil letztere nicht möglich ist, auch selbst der praktischen Durchführbarkeit entbehrt. Das gleiche gilt, wenn sich die Arbeitskraft mit sonstigen Bedingungen untrennbar verknüpft. Mit anderen Worten: diese Gruppe hat mit den selbständigen Gewerbetreibenden gemein, daß sie zum Teil vom Gesetze von Angebot und Nachfrage beherrscht wird, dem gegenüber sich auch mit Gesetzeskraft eine höhere Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse, eine Ermöglichung der Fürsorge für die Zukunft, nicht erzwingen läßt. Dies gilt insbesondere, wo es sich um die Befriedigung der höheren Bedürfnisse des Publikums handelt; wollte man die Privatlehrer als selbständige Erwerbtreibende betrachten, so müßten die Musiklehrer hier besonders zu erwähnen sein. Während ferner der Angestellte durch seine Anstellung bei einem bestimmten Arbeitgeber, dem im Leben des Selbständigen eine bereits erworbene Kundschaft entspricht, in eine fertig zubereitete Existenz eintritt, von der aus sich zugleich an die Sorge für fernere Zeiten denken läßt, muß sie der Selbständige sich erst von Grund auf auferbauen: er muß, ehe er für die fernere Zukunft sorgen kann, erst um seine Selbstbehauptung in der Gegenwart ringen, auch diesen Zug hat die erwähnte Mittelgruppe mit den Selbständigen gemein.

Ehe wir nun aus diesen allgemeinen Betrachtungen den Begriff des Angestellten formen, mögen an einem praktischen Beispiel die gewonnenen Kriterien auf ihre Brauchbarkeit geprüft werden.

Der Agent, der für den Dienst seiner Firma nichts besitzt, als seine persönliche Arbeitskraft, ist Angestellter. Der Agent hingegen, der den Firmen, denen er seine Vertretung anbietet, neben seiner Arbeitskraft sein Renommee beim Publikum, seine örtlichen Kennt-

nisse, seine persönlichen Beziehungen in das Agenturverhältnis einbringt in der Weise, daß er diese Vorzüge nicht seinem Arbeitgeber preisgibt, sondern als Bestandteile eines eigenen Betriebes hütet, der baut sich aus unsichtbaren Mitteln einen selbständigen Betrieb: mit größerem Vorteil auch für seine Zukunft wird er alle seine äußeren Hilfsmittel, statt sie als Sparkapital seiner augenblicklichen Verfügung zu entziehen, zum Ausbau seines Geschäftes verwenden, bis er schließlich auf der höchsten Stufe seiner Existenz zu den unsichtbaren Betriebsmitteln die äußeren fügt, ein Geschäftslokal, eigenes Betriebspersonal, ein Vermögen, vermittels dessen er das Geschäftsrisiko von den Schultern seines Auftraggebers auf die eigenen Schultern nimmt und so immer mehr Wirkung durch Besitz und Vorzüge als durch persönliche Arbeit erzielt. Auf ihn darf also der vormundschaftliche Sparzwang des Gesetzes keine Anwendung finden. Ein äußerer Ausdruck dafür, daß er einen solchen eigenen Besitz zu hüten und zu mehren hat, wird seine Bodenständigkeit sein; er wird nicht in den Dienst einer Firma treten, der ihn aus seinen bisherigen Verhältnissen entwurzelt, während jener Agent, der bloß Handlungsgehilfe ist, aus der Hand seines Arbeitgebers mit seinem ganzen Schicksal auch Arbeitsgebiet und Arbeitsmittel empfängt.

Aus gleichem Grunde trifft auf jene ersteren der Koalitionsgedanke des Gesetzes nicht zu; er müßte hier die Wirkung haben, nicht eine Arbeitskraft als solche unterstützen zu wollen, sondern mit ihr zugleich all die individuellen Verhältnisse, unter denen allein sie tätig werden will.

Diese Eigenart des selbständigen Agenten wird auch in der Entlohnungsart einen äußeren Ausdruck finden. Wer die Verwertung seiner Arbeitskraft innerhalb des Rahmens standesgemäßer Betätigung nach Ort, Zeit und Art ganz seinem Arbeitgeber überläßt, der wird dafür von seinem Arbeitgeber auch verlangen, daß er ihn unabhängig von dem Erfolg seiner Arbeit entlohne und als Maßstab seines Entgelts statt des Erfolges die Höhe seiner persönlichen Bedürfnisse wähle; er wird verlangen, daß der Arbeitgeber in dem gezahlten Entgelt für seine Existenz sorge. Wer sich dagegen Verwendungszweck und Verwendungsart seiner Arbeit auch nur zum Teile selber vorbehält und damit für den Erfolg der Arbeit zu diesem Teile selbst verantwortlich bleibt, besitzt einen Brotherrn in diesem Sinne nicht, sein Entgelt richtet sich nach Angebot und Nachfrage. Der Agent, der nur auf der Grundlage seiner Geschäftsbedingungen tätig werden will, kann von dem Abnehmer seiner Arbeit nicht beanspruchen, daß er diese schon spezialisierte Leistung anders als nach dem Gesetz von Angebot und Nachfrage bewerte, daß er sie durch Sicherung seiner Existenz belohne, und daß das Gesetz auf dieser Grundlage von ihm noch den Arbeitgeberbeitrag erzwinge; seine durch die Wahl des Ortes und den Besitz von Beziehungen gekennzeichnete Arbeitskraft ist zu individuell, um mit den Arbeitskräften der Gesamtheit der übrigen Angestellten zu einer koalitionsartigen Wirkung zusammengeschlossen zu werden. Die Provision, die der unselbständige Agent bezieht, kann daher nur eine andere

Form des Gehaltes sein: es muß ihm nicht nur Provision gewährt, sondern auch die Gelegenheit zum Erwerb derselben gesichert sein. Letzteres braucht nicht in ausdrücklicher Weise zu geschehen; es genügt, daß sich im Bewußtsein der vertragschließenden Parteien die Verhältnisse als genügend günstig für den Erwerb der Provision darstellen; z. B. der zu vertretende Artikel ist bereits eingeführt. Der selbständige Agent dagegen, der keinen Anspruch auf Berücksichtigung seiner persönlichen Existenz besitzt, muß die Frage, ob für den Erwerb der vereinbarten Provision ausreichender Boden vorhanden sei, in sein eigenes Risiko einschließen. Dieser verschiedenartige Charakter der Entlohnung ist daher gleichfalls ein Kennzeichen für die Selbständigkeit, mag er auch, wie in dem gewählten Beispiel, nicht in sichtbare Erscheinung treten.

Diese Betrachtungen wiederholen sich auch in jenen Fällen, in denen für eine Arbeitsleistung ein *Gebührenbezug* gewährt ist. Ist lediglich ein Gebührenbezug zugesichert, ohne daß zugleich Vorsorge getroffen wäre für Gelegenheit zu gebührenpflichtiger Beschäftigung, so ist der Gebührenberechtigte selbständiger Gewerbetreibender; denn wichtiger als die in fremdem Interesse erfolgende Erledigung der sich darbietenden Arbeit ist ihm die in eigenem Interesse erstrebte Gewinnung von Arbeitsgelegenheit. Ist hingegen in rechtlicher oder tatsächlicher Weise, ersteres etwa durch Zusicherung eines Mindesteinkommens, letzteres etwa durch Fernhaltung der Konkurrenz oder in dem Bewußtsein, daß eine solche in übermäßiger Weise nicht stattfinden werde, seitens desjenigen, der in den Gebührenbezug einsetzt, damit zugleich eine Sicherung der Existenz des Gebührenberechtigten dargeboten, so ist der Betreffende Angestellter; zwischen ihn und das ihn in Anspruch nehmende Publikum ist ein, das Gesetz von Angebot und Nachfrage ablösender Arbeitgeber getreten, von dem das Gesetz eine Fürsorge für die Zukunft des Angestellten erzwingen kann.

Noch aber haben die gewonnenen Ergebnisse ein gewichtiges Gegenargument zu überwinden. Die Einzelunterricht erteilenden Lehrer tragen, an dem Maßstab der angegebenen Kriterien gemessen, den Charakter der Selbständigkeit an sich. Sie arbeiten mit einem wenn auch unsichtbaren Betriebskapital; für einen Musiklehrer kann es angezeigt sein, seine Ersparnisse zur Veranstaltung eines Konzertes zu verwenden, um sich bekannt zu machen, oder seine Technik zu vervollständigen, um sich in der Konkurrenz hervorzuheben; der Sinn des Sparzwangs trifft auf ihn nicht ohne weiteres zu. Auch das Koalitionsprinzip nicht: zu sehr hat er seine Arbeitskraft spezialisiert, und so wenig das Gesetz für ihn beim Publikum um ein höheres musikalisches Bedürfnis werben kann, so wenig kann es ihm ein höheres Entgelt in Form des Arbeitgeberbeitrags erzwingen; das Gesetz von Angebot und Nachfrage steht einem solchen Unternehmen unerbittlich entgegen. Mit dem Arbeitgeber, gegen den sich der Zwang des Gesetzes zur Entrichtung der Arbeitgeberbeiträge richten könnte, fehlt ihm auch die gesicherte Existenz, aus der heraus er gleich zu Anfang seiner Laufbahn den eigenen Beitragsteil entrichten könnte. Wie der Verwendungszweck, so ist auch die Arbeitskraft

selbst zu individuell, um der Koalitionswirkung des Gesetzes fähig zu sein: sowohl nach der künstlerischen Veranlagung wie auch nach den materiellen Existenzbedingungen (vgl. die Erscheinung, daß dieser Unterricht auch oft im Nebenerwerb von Vermögenden betrieben wird) muß der Versicherungszwang bei ihnen zu ungleichartige Voraussetzungen antreffen, als daß er die auf die Einheit der Angestelltenschaft berechnete Wirkung einer Besserstellung der Versicherten erzielen könnte.

Man hat versucht, im Gesetze vom 22. Juli 1913 eine authentische Auslegung für die Versicherungspflicht dieser Art von Lehrern zu erblicken, allein diesem Gesetze bleibt auch ohne dies ein Anwendungsgebiet gewahrt für die ständigen Hauslehrer und in Anbetracht der Erstreckungsmöglichkeit der Versicherungspflicht nach § 4 des Gesetzes.

Nun ist aber aus der Begründung zum Regierungsentwurf die Absicht des Gesetzgebers, auch auf diese Personen die Versicherungspflicht zu erstrecken, mit unverkennbarer Deutlichkeit ersichtlich. Sie sind bei Besprechung des § 4 nicht erwähnt (vgl. Seite 94 a. a. O.). Auf Seite 141 unten wird für sie eigens der Ausdruck „unständige Privatangestellte" geprägt.

Und doch darf aus dieser Tatsache nicht die Unrichtigkeit der bisherigen Ausführungen über die Kennzeichen der Selbständigkeit gefolgert werden. Eine Anerkennung der Beurteilung der Lehrer als selbständiger Erwerbtreibender findet sich in dem Auszug aus der Anleitung des Reichsversicherungsamts, betreffend den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetze versicherten Personen, wie er als Anlage E der Begründung zum Regierungsentwurf zum Angestelltenversicherungsgesetz beigefügt ist, auf Seite 179 unten. Es ist dort zugegeben, daß ein bei wechselnden Auftraggebern Stunden erteilender Lehrer als selbständig erwerbstätig zu erachten sein mag. Daß trotz dieses Zugeständnisses die gesetzliche Pflicht zur Versicherung für die Lehrer angenommen wird, weist darauf hin, daß es hierfür noch eine andere Erklärung als die Erklärung aus der Angestellteneigenschaft der Lehrer geben könnte.

Ihren gesetzlichen Ausdruck hat nämlich die angedeutete gesetzgeberische Absicht, die Lehrer der Angestelltenversicherung zu unterwerfen, dadurch erhalten, daß § 1 des Versicherungsgesetzes die Umgrenzung der versicherungspflichtigen Personengruppen auch für ein der Begründung zum Regierungsentwurf (vgl. Seite 92 unten) unkundiges Auge dem jetzigen § 1226 der Reichsversicherungsordnung nachgebildet hat. Dort aber ist einer weiten Auslegung der Berufsgruppe der Lehrer und Erzieher ein weit günstigerer Boden bereitet; denn während § 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes die Angestellteneigenschaft ausdrücklich fordert, wird für § 1226 der Reichsversicherungsordnung das Erfordernis eines Abhängigkeitsverhältnisses lediglich auf dem Wege der Auslegung gewonnen (vgl. dortige Anleitung Ziffer 10 ff.), ist also schwächer als der klare, die Lehrer und Erzieher ausdrücklich nennende Gesetzestext. Diese Bezugnahme auf den in der Reichsversicherungsordnung vorgenommenen Aufbau

der versicherungspflichtigen Berufsgruppen durch das Angestelltenversicherungsgesetz muß als stärker gedacht werden als das im Gesetze erwähnte Erfordernis der Angestellteneigenschaft: es ist also eine der Analogie nicht fähige Ausnahmevorschrift des Gesetzes, auf der die Versicherungspflicht dieser Gruppe von Lehrern beruht. Die Begründung des Regierungsentwurfes (Seite 94) hat dies anerkannt, indem sie die selbständigen Krankenpflegerinnen der Gruppe des § 4 des Gesetzes zuwies.

Wie dem auch sein möge, es fehlt jedenfalls die Notwendigkeit, aus der Versicherungspflicht der Lehrer Schlüsse auf einen eigenartigen, vom Gesetze neu geschaffenen Angestelltenbegriff zu ziehen.

Wir gelangen nunmehr zu einer Definition des Angestelltenbegriffes.

Angestellter ist, wer die Früchte seiner Arbeitskraft so völlig einem andern überläßt, daß sie zur Stütze seiner eigenen sinkenden Arbeitskraft nicht mehr dienen können (Sparprinzip des Gesetzes), und wer die Verwendung seiner Arbeitskraft innerhalb des Rahmens standesgemäßer Betätigung so allgemein der Bestimmung durch einen andern überliefert, daß das Werkzeug, das ihm selbst verbleibt, die von allen individuellen Zügen befreite, ihm mit der Gesamtheit der Angestellten gemeinsame reine Arbeitskraft ist, deren Unterstützung ein gesetzgeberisches Bedürfnis und deren Zusammenschließung infolge dieser Gleichheit eine gesetzgeberische Möglichkeit ist (Koalitionsprinzip des Gesetzes).

Ein Beitrag zur analytischen Ausgleichung von Sterbetafeln.

Von Dr. phil. Friedrich Ulrich (Erfurt).

Zweiter Teil. Flächenausgleichung.*)

Wenn es Zweck der Ausgleichung von Sterblichkeits*kurven* ist, an die Stelle der unregelmäßig verlaufenden, beobachteten Werte regelmäßig sich ändernde zu setzen, und zwar solche, daß *insgesamt* das Beobachtungsergebnis gewahrt bleibt, so wird es sich bei einer *Flächen*ausgleichung dann darum handeln, eine *Fläche* zu finden, die nach jeder Richtung hin sich gleichmäßig ändert, ohne daß auch hier zwischen dem Beobachtungs- und Rechnungsergebnis *insgesamt* eine erhebliche Abweichung sich ergibt. Üblichermaßen fordert man, daß die Kurven für gleiche *Dauern,* für gleiche *Eintritts*alter und für gleiche *Beobachtungs*alter sich gleichmäßig ändern. Diese Forderung läßt sich in der größten Mehrzahl der Fälle für die ersten Versicherungsjahre, etwa bis zehn, ohne weiteres erfüllen. Vom elften Ver-

*) Erster Teil. Kurvenausgleichung, siehe Band XIII, 5. Heft, S. 631—651 dieser Zeitschrift.



sicherungsjahre ab aber sind in den meisten Sterbetafeln aus Gründen der einfacheren Anwendung derselben die Beobachtungen nur noch zusammengefaßt angegeben. Man ist dabei ursprünglich wohl von der Erwägung ausgegangen, daß sich die Sterblichkeit für gleiche Beobachtungsalter mit einer Versicherungsdauer von zehn und mehr Jahren nicht mehr ändert. Wenn das wirklich der Fall ist, dann würden also die Sterblichkeitskurven gleichen Beobachtungsalters in eine Horizontale auslaufen, und die Zusammenfassung der Tafel von *der* Dauer an, von welcher an sämtliche oder doch die Mehrzahl der gedachten Kurven in die Horizontale übergehen, wäre theoretisch vollständig einwandfrei. Infolge des Umstandes nun, daß die Beobachtungen, die den bekannten Tafeln zugrunde liegen, aus einem verhältnismäßig großen Zeitraum stammen, in dem die Sterblichkeit im allgemeinen sich ziemlich erheblich geändert hat, läßt sich fast nie eine Stelle angeben, von der an die Kurven gleichen Beobachtungsalters in die Horizontale übergehen. Vgl. *Höckner,* Änderung der Rechnungsgrundlagen, S. 36 und 37. Es erfolgt vielmehr je nach dem Alter eine dauernde Änderung der Sterblichkeit gleicher Beobachtungsalter nach einer bestimmten Richtung. In jüngeren Beobachtungsaltern fällt für gleiche Beobachtungsalter von irgend einer Stelle an die Sterblichkeit mit der Versicherungsdauer ständig, in mittleren läßt sich der Übergang in die Horizontale feststellen und in den höheren findet ein ständiges Ansteigen der Sterblichkeit statt. Faßt man nun diese ziemlich heterogenen Beobachtungen in einer Kurve zusammen, so ist ohne weiteres ersichtlich, daß diese Kurve höchstens zwangsweise in Zusammenhang mit der Sterblichkeitsfläche der ersten Versicherungsjahre gebracht werden kann. Die Folge davon aber würde eine Deformierung der Sterblichkeitsfläche sein. In solchem Falle empfiehlt es sich daher vielleicht, diese obere Randkurve gesondert zu behandeln und außer Zusammenhang mit der übrigen Fläche zu lassen, wenn man die Abstufung nicht weiter ausdehnen will oder kann. Weiter möchte ich dafür eintreten, daß bei der Flächenausgleichung *jeder* Beobachtungswert durch seine Lage in der *Fläche* eine Änderung erleiden kann, so daß nicht z. B. die Werte der Kurve der Dauer null nur innerhalb dieser Dauer ausgeglichen werden. Bei der oberen Randkurve liegt die Sache ähnlich. Theoretisch ist gar nicht einzusehen, warum nicht Werte dieser Kurven durch benachbarte aus anderen Kurven beeinflußt werden könnten. Für die obere Randkurve kann man aber in dem vorhin beschriebenen Falle der Frage einfach dadurch aus dem Wege gehen, daß man sie ohne Zusammenhang der übrigen Fläche anfügt. Sollte sie aber in das Flächensystem hineinpassen, so wird man nicht umhin können, sie innerhalb der Fläche und nicht gesondert auszugleichen. Stellt man diese Forderungen auf, so muß man sich notwendig von der Ausgleichungsmethode mittels Interpolationsfaktoren, wie sie jetzt üblich ist, sei es, wie sie Dr. *Höckner* aufstellt oder in der Modifikation der Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen lossagen und eine andere Ausgleichungsart wählen, unter Umständen auf derselben Basis. Ausdrücklich möchte ich betonen,

daß ich die Resultate der Ausgleichung mit Interpolationsfaktoren für gut halte, nur scheint mir die bisher geübte, unveränderte Beibehaltung der Randkurven, abgesehen von der sogenannten Angleichung, nicht ganz einwandfrei, was sich aber ohne Schwierigkeiten bei der Ausgleichung der Interpolationsfaktoren ändern lassen würde, und außerdem erstrebe ich auch eine Vereinfachung der Arbeit. — Für die vollkommenste Lösung des Problems an sich möchte ich die rein graphische Durchführung der Ausgleichung halten, wie sie *Altenburger* auf die ungarische Sterbetafel, siehe Berichte des VI. Internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft, Band I, S. 210 und 211 angewandt hat. Als feste Kurve nimmt er die Wahrscheinlichkeit infolge von Unglücksfällen zu sterben an, und zwar bei der Dauer — ½ und gleicht nun die Fläche nach jeder Richtung so aus, daß die Beobachtungsergebnisse auch auf kleinen Flächenausschnitten nach Möglichkeit gewahrt bleiben, ohne daß die Fläche sich unregelmäßig ändert. Die Durchführung einer derartigen graphischen Ausgleichung erfordert aber ein so hohes Maß von Übung im Ausgleichen und Zeichnen, wie man sie nur selten findet. Eine weitere Schwierigkeit liegt noch darin, daß nur kaum nennenswerte Teile der Arbeit rein mechanische Tätigkeit erfordern. Und gerade in einer möglichst weitgehenden Mechanisierung der Ausgleichung scheint mir, wenn ein zu guten Resultaten führendes Ausgleichungsverfahren, das eine Mechanisierung verträgt, bekannt ist, ein Vorteil zu liegen. Bei Ausgleichung mittels Interpolationsfaktoren ist zwar die Mechanisierung der Arbeit schon bis zu einem sehr hohen Grade getrieben, — ich glaube sogar, sie ließe sich zum Vorteile für die Resultate noch weiter treiben, — aber *eine* Ausgleichung erfordert so viel Zeit, daß es sich fragt, ob sich nicht ein gleichwertiges Resultat mit weniger Aufwand von Zeit und Arbeit erreichen ließe.

Ich habe nun versucht, diese Aufgabe mittels analytischer Ausgleichung, und zwar bei Zugrundelegung des *Höckner*schen Materials, zu lösen. *Theoretisch* ist die Lösung sehr einfach. Man bestimmt die drei Konstanten der *Gompertz-Makeham*schen Formel

$$lg_{10}\, p_x = a + b\, c^x,$$

aus jeder Dauerkurve, gleicht jede Konstantenreihe aus und berechnet mit Hilfe der ausgeglichenen Konstanten die ausgeglichenen Sterbenswahrscheinlichkeiten. Die entstehende Sterblichkeitsfläche ist durch die Ausgleichung der Konstanten unter sich in Zusammenhang gebracht und muß nach jeder Richtung hin glatte Schnittkurven liefern. *Praktisch* hat sich der Rechnungsgang folgendermaßen vollzogen.

Zuerst ist für jede einzelne Dauerkurve aus der *Gompertz-Makeham*schen Formel

$$lg_{10}\, p_x = a + b\, c^x,$$

in der p_x die Lebenswahrscheinlichkeit des x-jährigen, und a, b und c unbekannte Konstanten bedeuten, mittels der Methode von *King* das entsprechende „c“ berechnet worden. *King* benutzt zur Berechnung der Konstanten drei gleich lange, aufeinander folgende Stücke von



je k Werten der Reihe der $lg_{10} p_x$. Bezeichnet man mit Σ I die Summe der $lg_{10} p_x$ des ersten Stückes, mit Σ II bzw. Σ III die des zweiten bzw. dritten Stückes, dann ist

$$c^k = \frac{\Sigma \text{III} - \Sigma \text{II}}{\Sigma \text{II} - \Sigma \text{I}}$$

Vgl. *Landré,* Mathematisch-technische Kapitel zur Lebensversicherung, III. Auflage, S. 104 f.

Die „c" lassen sich natürlich auch auf irgend eine andere Art berechnen. Diese so erhaltenen „c" hängen aber stark von der Lage und Länge der zur Berechnung benutzten Stücke der Reihen der $lg_{10} p_x$ ab. Um diesen Einfluß nach Möglichkeit zu beseitigen, wurde das für jede Versicherungsdauer endgültige, *un*ausgeglichene „c" als Mittelwert einer Reihe von auf diese Art bestimmten „c" berechnet, und zwar aus den Beobachtungsaltern 19 bis 60 in Gruppen zu je 14 bis 7 Werten. Wie die Mittelwertbildung erfolgte, zeigt meine Arbeit über analytische Ausgleichung, Band XIII, Heft 5, S. 639 dieser Zeitschrift. Es ergab sich für

Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$	Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$	Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$
1	0.054.0353	5	0.020.2374	9	0.023.7417
2	0.043.7767	6	0.031.6010	10	0.038.4494
3	0.070.1995	7	0.039.3750	11 ff.	0.033.4783
4	0.043.6933	8	0.054.3010		

Aus Gründen der Einfachheit wurde die Rechnung gleich mit den $lg_{10}\, c$ geführt. Diese $lg_{10}\, c$ mußten nun ausgeglichen werden. Eine einfache Betrachtung zeigte schon, daß $lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}}$ sehr gut in die Reihe der $lg_{10}\, c$ hineinpaßt, so daß es nicht nur *mit* in die Reihe einbe*zogen,* sondern weil es infolge der großen Beobachtungswerte besonders zuverlässig erschien, sogar zum *Ausgangspunkt* der Ausgleichung gemacht wurde. — Man würde es vielleicht auffällig finden, daß ich trotz meiner Ausführungen über die Eigentümlichkeiten der oberen Randkurve das „c" derselben jetzt nun doch in die Ausgleichung einbeziehe. Dies geschieht von dem Standpunkte aus, daß man die Ausgleichung der Konstanten so weit durchführen kann, bis sich in den Reihen derselben ein nicht gut zu beseitigender Sprung zeigt, der eben das Anzeichen dafür ist, daß die betreffende Kurve aus der Fläche herausfällt. Da das hier nicht der Fall ist, liegt kein Grund vor, das „$c_{11\,\text{ff.}}$" von der Ausgleichung auszuschließen. Außerdem würde auch eine anderweitige Ausgleichung der „c" kaum ein wesentlich anderes Resultat liefern, da, wie ich schon in der oben erwähnten Arbeit gezeigt habe, der Einfluß der „c" auf die Kurvenform und -lage nicht erheblich ist und durch die anderen Konstanten zum Teil wieder aufgehoben wird.

Ich nahm nun an, daß die Reihe der $lg_{10}\, c$ durch eine arithmetische Reihe zweiter Ordnung oder, was dasselbe ist, durch eine Parabel zweiten Grades dargestellt werden könne. Das allgemeine *m*te

Glied einer arithmetischen Reihe zweiter Ordnung hat, wenn y_1 das erste Glied der Reihe ist, die Form:

$$y_m = y_1 + \binom{m-1}{1} \cdot \varDelta_1 + \binom{m-1}{2} \cdot \varDelta_2,$$

wo $\varDelta_1$ und $\varDelta_2$ die erste bzw. zweite Differenz ist, die zu y_1 gehört. Wenn man y_1 als bekannt annehmen darf, in unserm Falle soll es $lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}}$ sein, dann handelt es sich darum, aus obiger Gleichung und den berechneten $lg_{10}\, c$ zwei voneinander unabhängige Bestimmungsgleichungen abzuleiten, aus denen sich $\varDelta_1$ und $\varDelta_2$ berechnen lassen. Ich habe als Bestimmungsgleichung gewählt:

$$\sum_{m=1}^{11} lg_{10}\, c = \sum_{m=1}^{11} \left(lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}} + \binom{m-1}{1} \varDelta_1 + \binom{m-1}{2} \varDelta_2 \right)$$

$$\sum\sum_{m=1}^{11} lg_{10}\, c = \sum\sum_{m=1}^{11} \left(lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}} + \binom{m-1}{1} \varDelta_1 + \binom{m-1}{2} \varDelta_2 \right)$$

Löst man die rechte Seite dieser Gleichungen auf, so erhält man:

$$\sum_{m=1}^{11} lg_{10}\, c = 11\, lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}} + 55\, \varDelta_1 + 165\, \varDelta_2 = 0.452.8886$$

$$\sum\sum_{m=1}^{11} lg_{10} c = 66\, lg_{10}\, c_{11\,\text{ff.}} + 220\, \varDelta_1 + 495\, \varDelta_2 = 2.494.2170.$$

Aus diesen beiden Gleichungen kann $\varDelta_1$ und $\varDelta_2$ leicht berechnet werden, worauf dann in der üblichen Weise durch Aufstellung der Differenzenreihe der $\varDelta_1$ die ausgeglichenen $lg_{10}\, c$ sich finden lassen.

Gegen diese Art, die $lg_{10}\, c$ auszugleichen, wird man vielleicht einwenden, daß die Ausgleichung derselben unter Berücksichtigung der allein in Frage kommenden Gewichte der zugehörigen ΣE_x hätte erfolgen müssen. Daß die Ausgleichung in der *beschriebenen* Art vorgenommen wurde, hatte folgenden Grund. Es ist gar nicht notwendig, sich auf den Standpunkt zu stellen, daß die „c" durch die Größe des ihrer Berechnung zugrunde liegenden Beobachtungsmaterials *im Verhältnis zueinander* beeinflußt werden, ich bin vielmehr der Ansicht, daß die Berücksichtigung des Gewichtes sogar zu einer *fehlerhaften* Verschiebung der „c" führen *muß*, weil die „c" der Randkurven ein zu großes Gewicht erhalten würden, wodurch besonders die „c" der höheren Versicherungsdauern eine ungerechtfertigte Änderung erleiden würden. Aus diesem Grunde habe ich die $lg_{10}\, c$ für untereinander gleichwertig angesehen. Für die Logarithmen der ausgeglichenen c ergab sich für das

Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$	Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$	Versich. Jahr	$lg_{10}\, c$
1	0.053.7603	5	0.041.7307	9	0.034.9235
2	0.050.2633	6	0.039.5393	10	0.034.0377
3	0.047.0927	7	0.037.6743	11 ff.	0.033.4783
4	0.044.2485	8	0.036.1357		

Auffällig ist, daß die $lg_{10}\, c$ so hohe Werte wie bis zu rund 0.054 annehmen. Im allgemeinen beträgt der Wert für $lg_{10}\, c$ für Deutschland



etwa 0.034, für England 0.040. Da, wie ich in der schon mehrfach angeführten Arbeit über analytische Ausgleichung gezeigt habe, die Krümmung der Sterblichkeitskurven von ihrem „c“ abhängt, so ist anzunehmen, daß ganz besondere Verhältnisse diese starke Krümmung in den ersten Versicherungsjahren verursachen. Ich möchte dafür die spekulative Selbstauslese der Versicherten in den höheren Altern verantwortlich machen, die ein starkes Ansteigen der Sterblichkeit zur Folge hat. In den jüngeren Altern scheint es der ärztlichen Kunst sehr viel besser zu gelingen, dieser spekulativen Selbstauslese entgegenzuarbeiten.

Weiter sind nun die Konstanten „a“ und „b“ zu berechnen. Die Berechnung derselben erfolgte nach einem von *George Francis Hardy* in seinem Buche: The Theory of the Construction of Tables of Mortality and of Similar Statistical Tables in use by the Aktuary, S. 65 angegebenen Verfahren. Auch hier verweise ich bezüglich des Näheren auf meine schon wiederholt zitierte Arbeit über analytische Ausgleichung. Die Bedingungsgleichungen für „a“ und „b“ lauten, wenn

$$lg_e\, p_x = a + b\, c^x$$

$$a \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} + b \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x = - \Sigma \Theta_x$$

$$a \Sigma \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} + b \Sigma \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x = - \Sigma \Sigma \Theta_x,$$

wo $E_{x+\frac{1}{2}} = E_x - \frac{1}{2} \Theta_x$ ist. *Hardy* hat in seinem Buche $c^{x+\frac{1}{2}}$ anstatt c^x irrtümlich angegeben. In diesen Gleichungen sind vorläufig noch die Produkte $E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$ unbekannt. Sie sind daher, und zwar mit Hilfe der ausgeglichenen „c“, zu berechnen. Aus ihnen findet man dann leicht $\Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$ und $\Sigma \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$. Die anderen Summen und Doppelsummen lassen sich bequem aus dem Beobachtungsmaterial ableiten. $E_{x+\frac{1}{2}} = E_x - \frac{1}{2} \Theta_x$ träfe übrigens genau nur zu, wenn bei gleichmäßigem Absterben keine Eintritte und Austritte von Versicherten im Laufe des Jahres erfolgten. Die entstehende Ungenauigkeit ist aber bedeutungslos. Für die Bedingungsgleichungen ergeben sich folgende Werte:

Vers.-jahr	$\Sigma \Theta_x$	$\Sigma \Sigma \Theta_x$	$\Sigma E_{x+\frac{1}{2}}$	$\Sigma \Sigma E_{x+\frac{1}{2}}$	$\Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$	$\Sigma \Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$
1	322	9.544	94.338.0	3.123.450.0	10.558.103	254.865.854
2	448	13.463	86.319.0	2.842.740.5	7.875.434	193.583.960
3	527	15.565	80.296.5	2.634.772.5	6.048.631	151.370.493
4	552	16.100	74.902.0	2.450.672.0	4.732.047	120.349.707
5	583	16.921	69.852.5	2.279.321.5	3.799.948	98.094.675
6	621	18.237	65.031.5	2.117.650.5	3.108.127	81.269.960
7	609	17.235	60.983.5	1.982.518.5	2.625.455	69.396.698
8	623	17.979	56.745.5	1.842.183.5	2.261.799	60.295.942
9	631	18.409	52.701.5	1.708.148.5	2.005.352	53.759.754
10	653	18.356	49.171.5	1.591.352.0	1.842.306	49.576.487
11 ff.	11.968	301.486	441.000.0	14.624.952.0	32.892.955	812.177.935
Alle	17.537	536.002	1.131.341.5	46.920.448.0	63.357.495	1.855.695.498

Aus diesen Zahlen sind die Konstanten zu berechnen. Als Resultat erhält man je eine Reihe von Konstanten „*a*“ und „*b*“, die sich auf natürliche Logarithmen beziehen. Unter Weglassung des Minuszeichens ergaben sich, auf natürliche Logarithmen bezogen, folgende Werte für

Vers.-jahr	*a*	*b*
1	0.002.093.054	0.000.011.796
2	0.003.399.432	0.000.019.626
3	0.003.800.565	0.000.036.674
4	0.003.776.897	0.000.056.868
5	0.003.929.819	0.000.081.184
6	0.004.791.937	0.000.099.537
7	0·003.070.147	0.000.160.647
8	0.004.161.060	0.000.171.049
9	0.005.055.758	0.000.181.790
10	0.002.922.874	0.000.276.435
11 ff.	0.001.599.975	0.000.342.396

Diese Wertereihen sind nun ebenfalls auszugleichen, und zwar derart, daß bei Einsetzung der ausgeglichenen Werte in die ursprünglichen Gleichungen insgesamt von $\Sigma\Theta_x$ und $\Sigma\Sigma\Theta_x$ keine erhebliche Abweichung entsteht. Aus dieser Forderung werden, so möchte man fast sagen, zwei Bedingungsgleichungen für die Ausgleichungskurve automatisch bestimmt, die eine mit dem Gewichte der Summen, die andere mit dem Gewichte der Doppelsummen der $E_{x+\frac{1}{2}}$ bzw. $E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$. Nehmen wir wieder an, daß eine arithmetische Reihe zweiter Ordnung die Kurve der betreffenden Konstante reproduziert, so würde sich also schon, wenn man sich über irgendeinen festen Punkt der Kurve im klaren wäre und ihn als gegeben annehmen dürfte, die Kurve berechnen lassen. Nun zeigt aber schon der einfache Augenschein, daß man kaum, wie bei der Ausgleichung der „*c*“, besonders bei den „*a*“, $a_{11\,\text{ff.}}$ als Ausgangspunkt der Ausgleichung nehmen darf, weil dieser Wert doch recht erheblich aus der Reihe herausfällt. Gegen $a_{11\,\text{ff.}}$ bzw. $b_{11\,\text{ff.}}$ wie auch gegen den Wert a_1 bzw. b_1 spricht außerdem der anfangs erwähnte Umstand, daß man keine Kurve als fest annehmen darf, was man aber täte, wenn man eines dieser Konstantenpaare von vornherein unverändert ließe. Daß „$a_{11\,\text{ff.}}$“ und „$b_{11\,\text{ff.}}$“ so stark aus der Reihe herausfallen, ist ein Zeichen, daß die Kurve des elften und der folgenden Versicherungsjahre nicht in die Fläche hineinpaßt. Wir werden sie daher gesondert behandeln und uns jetzt nur mit den Kurven der ersten zehn Versicherungsjahre beschäftigen. Um nun einen Anfangswert für die Konstantenkurven zu erhalten, mußte also eine dritte Bedingungsgleichung aufgestellt werden, damit *alle* zur Berechnung der ausgeglichenen Kurven notwendigen Zahlen auch wirklich *berechnet* werden konnten. Die Wahl, die man für diese dritte Bedingungsgleichung hat, ist ziemlich groß. Z. B. könnte man fordern, daß die Summe der dritten Potenzen der Abweichungen zwischen Beobachtung und Rechnung Null sein soll. Als „Beobachtung“ wäre das Produkt aus $\Sigma E_{x+\frac{1}{2}}$ bzw. $\Sigma E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$ und den zu-

gehörigen, unausgeglichenen „a“ bzw. „b“ anzusehen. Bei der „Rechnung“ würde an die Stelle der unausgeglichenen die ausgeglichenen Konstanten, in der allgemeinen Reihenformel geschrieben, zu setzen sein. Diese Forderung würde aber eine sehr erhebliche Rechenarbeit nötig machen. Ich habe mich für eine Bedingungsgleichung entschieden, bei der die Doppelsummen der Abweichung zwischen Beobachtung und Rechnung bei dem Gewichte der Summen der $E_{x+\frac{1}{2}}$ bzw. $E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$ gleich Null ist. Es würde natürlich auch nichts hindern, etwa die Abweichung der Doppelsummen zwischen Beobachtung und Rechnung bei dem Gewichte der Doppelsummen der $E_{x+\frac{1}{2}}$ bzw. $E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$ gleich Null zu machen oder einfach nur Σa nach der Rechnung gleich der nach der Beobachtung anzunehmen. Bei letzterer Bedingung ergibt sich aber bei der Doppelsumme der Abweichungen ein ziemlich erheblicher Unterschied von Null. — Aus der Möglichkeit, eine ganze Anzahl von untereinander unabhängigen Bedingungsgleichungen aufstellen zu können, folgt, daß man nicht gezwungen ist, eine arithmetische Reihe *zweiter* Ordnung als reproduzierende Kurve anzunehmen, man kann vielmehr irgend eine Kurve höherer Ordnung wählen und dadurch einen engeren Anschluß an die Beobachtungen erreichen. Ich glaube aber, in der Mehrzahl der Fälle wird eine arithmetische Reihe zweiter Ordnung genügen, jedenfalls aber werden die Endresultate der Ausgleichung um so glatter sein, je einfacher die Reproduktionskurve der Konstantenreihe ist.

Als Bedingungsgleichungen für „a“ habe ich also folgende angenommen:

$$1)\quad \bar{a}_1 \sum_{n=1}^{10}\left(\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_1 \cdot \sum_{n=2}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 1 \end{smallmatrix}\right] \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_2 \sum_{n=3}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 2 \end{smallmatrix}\right] \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) = \sum_{n=1}^{10}\left(a_n \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right)$$

$$2)\quad \bar{a}_1 \sum_{n=1}^{10}\left(\Sigma\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_1 \sum_{n=2}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 1 \end{smallmatrix}\right] \cdot \Sigma\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_2 \sum_{n=3}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 2 \end{smallmatrix}\right] \cdot \Sigma\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) = \sum_{n=1}^{10}\left(a_n \cdot \Sigma\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right)$$

$$3)\quad \bar{a}_1 \mathop{\Sigma\Sigma}_{n=1}^{10}\left(\Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_1 \mathop{\Sigma\Sigma}_{n=2}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 1 \end{smallmatrix}\right] \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) + \Delta_2 \mathop{\Sigma\Sigma}_{n=3}^{10}\left(\left[\begin{smallmatrix} n-1 \\ 2 \end{smallmatrix}\right] \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right) = \mathop{\Sigma\Sigma}_{n=1}^{10}\left(a_n \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}\right)$$

Der Rechnungsgang gestaltet sich folgendermaßen: Das allgemeine nte Glied einer arithmetischen Reihe zweiter Ordnung lautet:

$$y_n = y_1 + \binom{n-1}{1}\Delta_1 + \binom{n-1}{2}\Delta_2 .$$

Für jedes einzelne Versicherungsjahr ergibt sich demnach:

Vers.-jahr $= n$	$\bar{a}_n$	Vers.-jahr $= n$	$\bar{a}_n$
1	$\bar{a}_1$	6	$\bar{a}_1 + 5 \cdot \Delta_1 + 10 \cdot \Delta_2$
2	$\bar{a}_1 + 1 \cdot \Delta_1$	7	$\bar{a}_1 + 6 \cdot \Delta_1 + 15 \cdot \Delta_2$
3	$\bar{a}_1 + 2 \cdot \Delta_1 + 1 \cdot \Delta_2$	8	$\bar{a}_1 + 7 \cdot \Delta_1 + 21 \cdot \Delta_2$
4	$\bar{a}_1 + 3 \cdot \Delta_1 + 3 \cdot \Delta_2$	9	$\bar{a}_1 + 8 \cdot \Delta_1 + 28 \cdot \Delta_2$
5	$\bar{a}_1 + 4 \cdot \Delta_1 + 6 \cdot \Delta_2$	10	$\bar{a}_1 + 9 \cdot \Delta_1 + 36 \cdot \Delta_2$

Für die erste Bedingungsgleichung ist jede Zeile dieser Reihe mit dem entsprechenden $\Sigma E_{x+\frac{1}{2}}$ zu multiplizieren, und dann ist die Summe zu bilden. Für die zweite ist entsprechend mit $\Sigma\Sigma E_{x+\frac{1}{2}}$ zu multiplizieren und darauf auch zu summieren. Die dritte Bedingungsgleichung ergibt sich aus der Rechnung für die erste durch Doppelsummation der Produktenreihe.

In Zahlen lauten die drei Gleichungen:

$$1)\quad 690.341{,}5\,\bar{a}_1 + 2.703.460{,}5\,\Delta_1 + 6.726.656{,}5\,\Delta_2 = 2.498{,}6109$$
$$2)\quad 22.572.809{,}5\,\bar{a}_1 + 87.947.591{,}5\,\Delta_1 + 218.379.683{,}5\,\Delta_2 = 81.615{,}16$$
$$3)\quad 4.199.954{,}5\,\bar{a}_1 + 10.877.831{,}5\,\Delta_1 + 19.937.013{,}5\,\Delta_2 = 14.376{,}1885$$

Daraus ergibt sich $\bar{a}_1$, Δ_1 und Δ_2, und zwar erhält man:

$\bar{a}_1 = 0.002.341.868$, $\Delta_1 = +\,0.000.672.418$ und $\Delta_2 = -\,0.000.139.138$.

Ich möchte auch an dieser Stelle betonen, daß die Rechnung bezüglich der „a“ unter Weglassung des Minuszeichens und bezogen auf natürliche Logarithmen geführt wurde. Die aus diesen Zahlen berechnete Reihe der ausgeglichenen „a“, ohne Minuszeichen und auf natürliche Logarithmen bezogen, lautet:

Vers.-jahr	$\bar{a}_n$	Vers.-jahr	$\bar{a}_n$
1	0.002.341.868	6	0.004.312.578
2	0.003.014.286	7	0.004.289.306
3	0.003.547.566	8	0.004.126.896
4	0.003.941.708	9	0.003.825.348
5	0.004.196.712	10	0.003.384.662

Die Bedingungsgleichungen für „b“ sind ganz gleich gebaut, nur tritt an die Stelle von $E_{x+\frac{1}{2}}$, $E_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$. Zahlenmäßig ergibt sich:

$$1)\quad 44.857.202\,b_1 + 129.118.157\,\Delta_1 + 283.478.206\,\Delta_2 = 3.070{,}3891$$
$$2)\quad 1.132.563.530\,b_1 + 3.370.820.764\,\Delta_1 + 7.510.879.160\,\Delta_2 = 80.193{,}84$$
$$3)\quad 319.453.863\,b_1 + 595.107.001\,\Delta_1 + 918.609.878\,\Delta_2 = 13.778{,}8115$$

Daraus erhält man:

$b_1 = 0.000.010.747.43$, $\Delta_1 = 0.000.011.081.64$ und $\Delta_2 = 0.000.004.083.071$.

Als ausgeglichene Reihe der „$\bar{b}$“, ebenfalls ohne Minuszeichen und auf natürliche Logarithmen bezogen, findet man:



Vers.-jahr	$\bar{b}_n$	Vers. jahr	$\bar{b}_n$
1	0.000.010.747.430	6	0.000.106.986.340
2	0.000.021.829.070	7	0.000.138.483.335
3	0.000.036.993.781	8	0.000.174.063.401
4	0.000.056.241.563	9	0.000.213.726.538
5	0.000.079.572.416	10	0.000.257.472.746

Nachdem jetzt die ausgeglichenen Konstanten „$\bar{a}$" und „$\bar{b}$" bekannt sind, empfiehlt es sich vielleicht, die Abweichungen zwischen den beobachteten und berechneten Toten, die sich für jede Dauerkurve insgesamt ohne Schwierigkeiten berechnen lassen, aufzusuchen. Sollten diese Abweichungen in irgend einer Weise nicht befriedigen, so würde man die Reihen der Konstanten „a" und „b" auf eine andere Art etwa mit einer Reihe von höherer als zweiter Ordnung neu ausgleichen müssen. Die Rechnung ergibt folgendes Bild:

Spalte:	1.		2.		3.	4.		5.		6.
Vers.-jahr	$\bar{a}_n \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}}$	+	$\bar{b}_n \cdot \Sigma E^n_{x+\frac{1}{2}} \cdot c^x$		Sp. 1 + Sp. 2	$\Sigma \theta^n_x$		Sp. 4 − Sp. 3		Σ Sp. 5
1	220.9271	+	113.4725	=	334.3996	322	—	12.3996	—	12.3996
2	260.1902	+	171.9134	=	432.1036	448	+	15.8964	+	3.4968
3	284.8571	+	223.7617	=	508.6188	527	+	18.3812	+	21.8780
4	295.2418	+	266.1377	=	561.3795	552	—	9.3795	+	12.4985
5	293.1508	+	302.3711	=	595.5219	583	—	12.5219	—	0.0234
6	280.4534	+	332.5272	=	612.9806	621	+	8.0194	+	7.9960
7	261.5769	+	363.5818	=	625.1587	609	—	16.1587	—	8.1627
8	234.1828	+	393.6964	=	627.8792	623	—	4.8792	—	13.0419
9	201.6016	+	428.5970	=	630.1986	631	+	0.8014	—	12.2405
10	166.4289	+	474.3436	=	640.7725	653	+	12.2275	—	0.0130
Se.	2.498.6106	+	3.070.4024	=	5.569.0130	5.569	—	0.0130	—	0.0118

Aus dieser Tabelle kann man sich immerhin schon mit einiger Sicherheit eine Vorstellung von der Gesamtausgleichung machen. Man sieht aus Spalte 5, daß die Abweichungen zwischen beobachteten und berechneten Toten nach der positiven und negativen Seite gut wechseln. Auch bei der Summation der Abweichungen zeigt sich noch ein befriedigender Zeichenwechsel und als Schlußresultat nahezu Null (bedingt durch die Bedingungsgleichung 1). Ebenso ergibt die Doppelsummation nahezu Null (Bedingungsgleichung 3). Würde man durch diese Resultate nicht befriedigt sein, so wäre an dieser Stelle die neu zu leistende Arbeit, die, wie schon gesagt, in einer anderweitigen Ausgleichung der Konstantenreihen „a" und „b" bestehen würde, nicht erheblich, im Verhältnis zur Gesamtarbeit, die eine Ausgleichung erfordert, sogar ziemlich unbedeutend.

Die ausgeglichenen Sterbenswahrscheinlichkeiten sind nun mit Hilfe der oben gefundenen, ausgeglichenen Konstanten $\bar{a}$, $\bar{b}$ und c nach der Formel:

$$q_x = \frac{\bar{\bar{a}} + \bar{b} \cdot c^x}{\frac{1}{2}(\bar{\bar{a}} + \bar{b} \cdot c^x) - lg_{10}\, e}$$

berechnet worden. Über die Ableitung dieser Formel ist Näheres in meinem schon erwähnten Aufsatze über die analytische Ausgleichung

S. 636 und 637 zu ersehen. Ich möchte auch an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, daß die Konstanten $\bar{a}$ und $\bar{b}$ sich, wie schon bemerkt, auf natürliche Logarithmen beziehen. Für unsere Rechnung sind sie daher erst durch Addition von $1.637.7843 = lg_{10}\,(lg_{10}\,e)$ zu ihren Logarithmen auf das System der gemeinen Logarithmen zu transformieren. Daß sich „a“ und „b“ zuerst auf natürliche Logarithmen beziehen, bereitet selbstverständlich bei der Rechnung weiter keine Schwierigkeiten. Diese kann mit gemeinen Logarithmen ganz in der üblichen Weise durchgeführt werden, nur muß am Schluß der Rechnung die Umwandlung der Resultate, die sich in bezug auf natürliche Logarithmen ergeben, auf gemeine Logarithmen bezogen erfolgen. Die endgültig zur Anwendung gelangten Konstanten seien hier noch einmal zusammen aufgeführt:

Vers.-jahr	$\bar{a}_n$	$lg_{10}\,\bar{b}_n$	$lg_{10}\,c$
1	— 0.001.0171	$\bar{6}$.669.0889 n	0.053.7603
2	— 0.001.3091	$\bar{6}$.976.8195 n	0.050.2633
3	— 0.001.5407	$\bar{5}$.205.9130 n	0.047.0927
4	— 0.001.7119	$\bar{5}$.387.8417 n	0.044.2485
5	— 0.001.8226	$\bar{5}$.538.5468 n	0.041.7307
6	— 0.001.8729	$\bar{5}$.667.1126 n	0.039.5393
7	— 0.001.8628	$\bar{5}$.779.1818 n	0.037.6743
8	— 0.001.7923	$\bar{5}$.878.4918 n	0.036.1357
9	— 0.001.6613	$\bar{5}$.967.6428 n	0.034.9235
10	— 0.001.4699	$\bar{4}$.048.5155 n	0.034.0377
11 ff.	— 0.000.6949	$\bar{4}$.172.3129 n	0.033.4783

Auch wegen des Rechenschemas, das bei Berechnung der Sterbenswahrscheinlichkeiten benutzt wurde, verweise ich auf die frühere Arbeit (S. 637 und 638).

In Tabelle I sind die auf diese Weise gewonnenen Sterbenswahrscheinlichkeiten zusammengestellt, wobei ich ausdrücklich bemerke, daß die Rechnungsergebnisse in keiner Weise irgendwie verändert sind, etwa durch Beseitigung von Sprüngen in den Differenzen aufeinanderfolgender Sterbenswahrscheinlichkeiten oder dgl. Solche Sprünge, besonders in den zweiten Differenzen, ergeben sich aus der Beschränkung der Rechnung auf zwei Dezimalen bei ‰-Sätzen, sie würden aber verschwinden, sobald man mit einer genügend großen Anzahl von Dezimalen rechnen würde.

Bei Betrachtung dieser Tabelle wird vor allem auffallen, daß sich meist der Übergang von den Sterbenswahrscheinlichkeiten des zehnten Versicherungsjahres zu denen des elften und der folgenden Versicherungsjahre ziemlich sprunghaft vollzieht. Das hat seinen Grund darin, daß die Kurve der Sterbenswahrscheinlichkeiten des elften und der folgenden Versicherungsjahre ohne Zusammenhang mit der Sterblichkeitsfläche der ersten Versicherungsjahre ausgeglichen wurde, weil sie infolge der säkularen Änderung der Sterblichkeit, die, wie oben schon erwähnt, in dieser Kurve ganz besonders stark zum Aus-

druck kommt, nicht in das System der Kurven der kleineren Versicherungsdauern hineinpaßt. Dieser Sprung wird natürlich um so kleiner, je kürzer der Beobachtungszeitraum, je weniger Versicherungsdauern also in dieser oberen Randkurve zusammengefaßt sind. Ganz verschwinden dürfte er wohl, wenn man anstatt nach Zugangsperioden nach Geschäftsperioden untersuchen würde, was, nach meiner Meinung, einen entschiedenen Fortschritt bedeuten würde. Ich verkenne dabei aber durchaus nicht, daß eine Sterblichkeitsuntersuchung nach Geschäftsperioden wesentlich schwieriger durchzuführen ist.

Weiter wird man vielleicht fragen, warum die Sterblichkeit in den jüngeren Altern bei gleichen Beobachtungsaltern vor dem elften Versicherungsjahre ein Maximum hat. Dieses Maximum, beim Beobachtungsalter 22 in der Versicherungsdauer 6 liegend, schiebt sich dauernd in höhere Versicherungsjahre, bis es beim Beobachtungsalter 42 verschwunden ist. Eine Betrachtung der von Dr. *Höckner* mitgeteilten Tabelle der unausgeglichenen Sterbenswahrscheinlichkeiten zeigt, daß auch in ihr sich diese Verhältnisse, natürlich nicht so klar, wiederfinden. Endlich sei darauf hingewiesen, daß vom Beobachtungsalter 60 an die Tafel in den Versicherungsdauern 6 oder 7 ein relatives Minimum aufweist. Auch dieses ist in der Tabelle der unausgeglichenen Sterbenswahrscheinlichkeiten deutlich zu erkennen. Man wird mir vielleicht entgegenhalten, daß es ein Mangel der Ausgleichungsmethode sei, daß z. B. Kurven gleichen Beobachtungsalters nicht an allen Stellen der Tafel die gleiche (steigende) Richtung haben. Ich möchte demgegenüber behaupten, daß darin sogar ein Vorzug der angewandten Methode liegt, weil sie imstande ist, sich dem Beobachtungsmaterial in dieser Weise anzupassen. Damit kann vielleicht auch die Behauptung widerlegt werden, die analytische Ausgleichung sei starr und wenig anpassungsfähig.

In Tabelle II sind die rechnungsmäßigen Toten auf Grund unserer analytischen Ausgleichung zusammengestellt. Wie ein Vergleich der Summen der berechneten Toten für jede Dauer mit den summarisch berechneten Toten auf S. 804 zeigt, ist die Übereinstimmung eine recht gute, so daß man wohl berechtigt ist, nach der dort angeführten Tabelle auf die endgültige Ausgleichung zu schließen.

Tabelle III gibt die Differenzen zwischen beobachteten und berechneten Toten an. Eine Betrachtung dieser Tabelle zeigt, daß es gelungen ist, eine gleichmäßige Verteilung der positiven und negativen Abweichungen zu erzielen. Zur Feststellung der Abweichungen wurden die berechneten von den beobachteten Sterbefällen abgezogen. In der Praxis empfiehlt es sich übrigens, die Richtung der Abweichung nicht durch *Vorzeichen*, sondern durch *Schrift* mit verschiedenfarbigen Tinten anzuzeigen. Die betreffende Tabelle gewinnt dadurch erheblich an Übersichtlichkeit.

Noch beweiskräftiger für die gleichmäßige Verteilung der positiven und negativen Abweichungen sind die Tabellen IV und V. Erstere zeigt die Summe der Abweichungen für gleiche ***Beobachtungsalter***,

letztere für gleiche *Eintrittsalter.* Besonderen Wert möchte ich auf die Summation und Doppelsummation der Spalte 11 ff. der Tabelle IV legen. In dieser Spalte erscheinen die Abweichungen aus der ganzen Tafel für gleiche Beobachtungsalter summiert. Diese Spalte würde also der einfachen Differenzenreihe einer Aggregattafel entsprechen, die aus dem gesamten Beobachtungsmaterial aufgebaut ist. Um nun zu prüfen, ob die Aggregattafel richtig liegt, würde es nötig sein, die Summe und Doppelsumme der Differenzen zu bilden. Beide Reihen müssen einen Wechsel von positiven und negativen Abweichungen zeigen und außerdem im Endresultat nahezu Null sein, was hier alles annähernd zutrifft. Die Abweichung bei der einfachen Summe beträgt — 1.59, bei der Doppelsumme — 17.50, ist also tatsächlich nicht erheblich. Erwähnung verdient auch der Umstand, daß beide Reihen mit dem gleichen (—) Zeichen in ihren Summen abschließen. Den Wechsel in den Zeichen innerhalb der Reihen halte ich ebenfalls für befriedigend.

In Tabelle VI erscheinen die Differenzen für gleiche *Versicherungsdauern* summiert. In dieser Tabelle darf man natürlich nicht mehr denselben raschen Zeichenwechsel wie in den früheren erwarten. Hier muß es genügen, daß Flächenstreifen in den Zeichen wechseln.

Für die Brauchbarkeit der ganzen Ausgleichungsmethode möchte ich Tabelle VII sprechen lassen. Man macht der analytischen Ausgleichungsmethode oft den Vorwurf, sie treffe für die jüngeren Alter nicht zu, weil die Sterbenswahrscheinlichkeiten, die auf Grund dieser Methode berechnet sind, andauernd steigen, während die Sterblichkeit in Wirklichkeit bis etwa zum Alter 25 bis 30 falle. Die Tabelle VII zeigt nun, wie gering selbst bei dem verhältnismäßig großen Beobachtungsmaterial die Abweichung zwischen den von Dr. *Höckner* berechneten und den auf analytischem Wege gefundenen Toten ist. Jedenfalls glaube ich, aus dieser Tabelle in Verbindung mit den früheren folgern zu dürfen, daß das dauernde Steigen der analytischen Sterbenswahrscheinlichkeiten kein Grund gegen die Benutzung derselben ist. Praktisch fällt auch der Umstand erheblich ins Gewicht, daß man für eine Ausgleichung, die, wie ich bewiesen zu haben hoffe, in jeder Weise befriedigt, höchstens zwei Drittel *der* Zeit braucht, wie sie für eine Ausgleichung nach der *Höckner*schen Methode, etwa in der bei der Zentralstelle für die gemeinsamen deutschen Sterblichkeitsuntersuchungen üblichen Modifikation notwendig ist.

Tabelle I. Ausgeglichene Sterbenswahrscheinlichkeiten (‰).

Beob. Alter x	$q_{[x-0]+0}$	$q_{[x-1]+1}$	$q_{[x-2]+2}$	$q_{[x-3]+3}$	$q_{[x-4]+4}$	$q_{[x-5]+5}$	$q_{[x-6]+6}$	$q_{[x-7]+7}$	$q_{[x-8]+8}$	$q_{[x-9]+9}$	$q_x^{(10)}$
15	2.41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	2.42	3.15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	2.43	3.17	3.77	—	—	—	—	—	—	—	—
18	2.44	3.18	3.80	4.28	—	—	—	—	—	—	—
19	2.45	3.21	3.83	4.32	4.68	—	—	—	—	—	—
20	2.47	3.23	3.86	4.36	4.73	4.96	—	—	—	—	—
21	2.48	3.26	3.90	4.41	4.78	5.02	5.13	—	—	—	—
22	2.50	3.29	3.94	4.46	4.84	5.09	5.21	5.20	—	—	—
23	2.52	3.32	3.99	4.52	4.91	5.17	5.29	5.29	5.17	—	—
24	2.55	3.36	4.05	4.58	4.98	5.25	5.39	5.39	5.28	5.06	—
25	2.58	3.40	4.10	4.65	5.06	5.34	5.49	5.51	5.41	5.20	3.94
26	2.61	3.45	4.16	4.73	5.15	5.44	5.59	5.63	5.54	5.35	4.13
27	2.64	3.50	4.23	4.81	5.25	5.55	5.71	5.76	5.68	5.51	4.34
28	2.68	3.57	4.31	4.90	5.36	5.67	5.84	5.90	5.84	5.68	4.55
29	2.73	3.63	4.40	5.01	5.47	5.80	5.99	6.05	6.01	5.87	4.79
30	2.78	3.71	4.49	5.12	5.60	5.94	6.14	6.22	6.19	6.07	5.05
31	2.84	3.80	4.60	5.25	5.74	6.09	6.31	6.40	6.39	6.29	5.32
32	2.90	3.89	4.73	5.39	5.90	6.26	6.49	6.60	6.60	6.53	5.62
33	2.98	4.00	4.86	5.55	6.07	6.45	6.69	6.81	6.84	6.78	5.94
34	3.06	4.12	5.01	5.72	6.26	6.65	6.91	7.05	7.09	7.06	6.29
35	3.16	4.26	5.18	5.91	6.47	6.88	7.15	7.30	7.36	7.36	6.66
36	3.26	4.41	5.37	6.13	6.70	7.12	7.41	7.58	7.66	7.68	7.07
37	3.38	4.58	5.58	6.36	6.96	7.39	7.69	7.88	7.98	8.03	7.50
38	3.52	4.78	5.81	6.62	7.24	7.69	8.00	8.20	8.33	8.41	7.98
39	3.68	4.99	6.07	6.91	7.54	8.01	8.33	8.56	8.71	8.82	8.49
40	3.85	5.24	6.36	7.23	7.88	8.36	8.70	8.94	9.11	9.26	9.03
41	4.05	5.51	6.68	7.58	8.25	8.75	9.10	9.36	9.56	9.74	9.63
42	4.28	5.82	7.04	7.97	8.66	9.17	9.54	9.81	10.04	10.26	10.27
43	4.53	6.16	7.44	8.40	9.11	9.63	10.01	10.30	10.55	10.81	10.96
44	4.82	6.55	7.88	8.88	9.61	10.14	10.53	10.84	11.12	11.42	11.71
45	5.15	6.98	8.38	9.41	10.15	10.69	11.09	11.42	11.73	12.07	12.51
46	5.52	7.47	8.93	9.90	10.75	11.30	11.71	12.05	12.38	12.77	13.38

47	5.94	8.01	9.55	10.64	11.41	11.96	12.38	12.74	13.10	13.54	14.32
48	6.41	8.62	10.23	11.36	12.14	12.69	13.11	13.48	13.87	14.36	15.33
49	6.95	9.31	11.00	12.15	12.93	13.48	13.91	14.29	14.71	15.25	16.43
50	7.55	10.08	11.85	13.03	13.81	14.35	14.77	15.17	15.62	16.21	17.60
51	8.24	10.94	12.79	14.00	14.78	15.31	15.72	16.12	16.60	17.25	18.88
52	9.01	11.91	13.85	15.07	15.84	16.35	16.75	17.15	17.66	18.37	20.25
53	9.89	13.00	15.02	16.26	17.01	17.49	17.87	18.28	18.81	19.59	21.73
54	10.88	14.22	16.33	17.57	18.29	18.74	19.10	19.50	20.06	20.90	23.32
55	12.00	15.58	17.78	19.02	19.70	20.10	20.43	20.82	21.40	22.31	25.04
56	13.27	17.12	19.40	20.63	21.25	21.60	21.88	22.25	22.86	23.84	26.90
57	14.70	18.83	21.20	22.40	22.96	23.23	23.46	23.81	24.44	25.49	28.90
58	16.31	20.76	23.21	24.37	24.84	25.01	25.18	25.50	26.15	27.27	31.05
59	18.14	22.91	25.43	26.53	26.89	26.97	27.05	27.34	27.99	29.19	33.37
60	20.20	25.33	27.91	28.93	29.15	29.10	29.09	29.33	29.99	31.27	35.88
61	22.53	28.03	30.66	31.57	31.64	31.43	31.30	31.48	32.15	33.51	38.57
62	25.17	31.06	33.72	34.49	34.36	33.98	33.72	33.82	34.49	35.92	41.48
63	28.13	34.45	37.12	37.71	37.35	36.76	36.34	36.36	37.01	38.53	44.60
64	31.48	38.23	40.89	41.26	40.64	39.80	39.20	39.11	39.74	41.34	47.97
65	35.26	42.47	45.08	45.18	44.24	43.12	42.30	42.08	42.69	44.37	51.59
66	39.52	47.21	49.73	49.51	48.19	46.74	45.67	45.31	45.88	47.64	55.49
67	—	52.49	54.88	54.27	52.52	50.69	49.34	48.80	49.32	51.16	59.68
68	—	—	60.60	59.52	57.27	55.00	53.32	52.59	53.04	54.96	64.19
69	—	—	—	65.30	62.46	59.69	57.65	56.68	57.05	59.04	69.04
70	—	—	—	—	68.15	64.81	62.35	61.11	61.38	63.45	74.25
71	—	—	—	—	—	70.39	67.44	65.91	66.05	68.18	79.84
72	—	—	—	—	—	—	72.97	71.09	71.09	73.28	85.85
73	—	—	—	—	—	—	—	76.69	76.51	78.77	92.29
74	—	—	—	—	—	—	—	—	82.36	84.66	99.21
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91.00	106.62
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	114.56
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	123.06
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	132.16
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	141.88
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	152.28
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	163.37
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	175.21
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	187.83
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	201.26

Tabelle II. Rechnungsmäßige Tote.

Beob. Alter x	Versicherungsjahr										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.
15	0.11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	0.18	0.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	0.31	0.22	0.15	—	—	—	—	—	—	—	—
18	0.52	0.37	0.23	0.13	—	—	—	—	—	—	—
19	0.71	0.62	0.39	0.23	0.13	—	—	—	—	—	—
20	1.21	0.83	0.68	0.42	0.23	0.11	—	—	—	—	—
21	2.09	1.40	0.90	0.71	0.41	0.20	0.11	—	—	—	—
22	2.99	2.40	1.53	0.94	0.71	0.38	0.19	0.10	—	—	—
23	4.30	3.36	2.60	1.56	0.93	0.71	0.35	0.17	0.09	—	—
24	6.31	4.90	3.65	2.67	1.56	0.89	0.66	0.29	0.16	0.07	—
25	8.92	7.35	5.31	3.79	2.67	1.52	0.83	0.62	0.27	0.14	0.06
26	10.89	10.46	8.08	5.49	3.77	2.56	1.49	0.79	0.55	0.24	0.16
27	12.06	12.95	11.66	8.56	5.54	3.66	2.50	1.42	0.74	0.50	0.34
28	13.22	14.56	14.52	12.32	8.76	5.48	3.56	2.45	1.33	0.71	0.71
29	14.10	16.07	16.45	15.42	12.61	8.68	5.36	3.39	2.32	1.26	1.25
30	15.19	17.36	18.26	17.58	15.70	12.51	8.39	5.08	3.19	2.15	2.24
31	14.62	18.87	19.94	19.79	18.08	15.75	12.32	8.07	4.86	2.99	3.90
32	14.36	18.38	21.77	21.59	20.62	18.40	15.61	11.80	7.70	4.60	6.19
33	14.48	18.20	21.40	23.69	22.52	20.99	18.20	15.02	11.19	7.32	9.73
34	14.36	18.50	21.26	23.52	24.87	22.98	21.07	17.84	14.17	10.64	15.61
35	13.99	18.58	21.71	23.47	24.96	25.23	23.09	20.67	17.25	13.60	24.16
36	13.73	18.01	21.80	24.16	24.75	25.55	25.44	22.76	20.12	16.63	34.89
37	12.98	18.05	21.34	24.29	25.62	25.60	26.06	25.17	22.18	19.55	48.95
38	11.84	17.08	21.49	23.79	25.96	26.31	25.89	25.76	24.66	21.75	65.44
39	11.47	15.55	20.52	23.87	25.45	26.75	26.72	25.95	25.22	24.11	83.27
40	11.58	15.30	18.53	23.13	25.63	26.26	27.28	26.67	25.45	24.90	103.32
41	9.95	15.44	18.45	20.71	24.60	26.57	26.68	27.13	26.48	25.60	124.75
42	9.42	13.39	18.44	20.70	22.33	25.54	27.19	26.76	27.15	26.54	145.55
43	8.68	12.71	16.10	20.86	22.22	23.20	26.32	27.31	26.92	27.17	167.51
44	8.63	11.88	15.44	18.21	22.35	23.15	24.01	26.70	27.36	27.43	190.67
45	8.10	11.78	14.35	17.38	19.46	23.37	23.91	24.53	27.18	27.68	212.47
46	7.01	10.85	14.10	16.21	18.80	20.25	24.15	24.44	24.70	27.71	234.91

47	6.59	9.52	13.00	15.91	17.47	19.72	20.91	24.54	25.01	25.44	257.00
48	6.21	9.03	11.66	14.84	17.14	18.26	20.35	21.34	24.90	25.72	274.77
49	6.13	8.49	10.93	13.01	15.83	17.90	18.90	20.58	21.67	25.60	294.77
50	5.57	8.36	10.27	12.08	14.00	16.47	18.62	19.13	21.10	22.40	311.64
51	4.43	7.65	10.21	11.63	13.02	14.82	17.26	18.84	19.42	21.77	328.34
52	4.37	6.10	9.31	11.29	12.55	13.55	15.29	17.82	19.41	20.10	342.97
53	4.05	5.89	7.34	10.46	12.18	13.15	13.96	15.70	18.21	20.35	356.31
54	3.31	5.53	6.91	7.94	11.14	12.48	13.52	14.35	16.01	18.85	366.99
55	3.36	4.50	6.69	7.67	8.69	11.72	12.79	13.80	14.98	16.69	371.04
56	2.79	4.64	5.43	7.36	7.95	8.86	12.12	12.91	14.13	15.64	378.83
57	2.53	3.82	5.58	5.98	7.85	8.25	9.17	12.31	13.27	15.17	384.34
58	2.15	3.45	4.48	6.38	6.26	7.90	8.56	9.59	12.74	14.07	388.50
59	1.67	2.96	4.20	4.75	6.59	6.42	8.33	8.86	9.82	13.37	391.36
60	1.49	2.41	3.54	4.72	5.16	6.98	6.55	8.56	9.18	10.54	380.29
61	0.47	2.13	3.04	3.60	4.94	5.41	7.14	6.39	9.03	9.78	377.37
62	0.43	0.65	2.63	3.35	3.95	5.10	5.60	7.17	6.73	9.70	375.73
63	0.20	0.62	0.78	2.90	3.51	3.93	5.09	5.89	7.40	7.28	371.30
64	0.09	0.27	0.70	0.91	3.05	3.54	4.19	5.44	6.16	7.85	364.14
65	0.14	0.21	0.32	0.77	0.97	3.10	3.51	4.08	5.59	6.57	348.85
66	0.08	0.19	0.25	0.35	0.82	0.93	3.20	3.58	4.18	6.10	339.04
67	—	0.10	0.22	0.27	0.37	0.81	0.94	3.22	3.75	4.35	330.87
68	—	—	0.12	0.24	0.29	0.33	0.80	1.00	3.29	3.90	318.83
69	—	—	—	0.13	0.25	0.30	0.29	0.79	1.08	3.72	304.47
70	—	—	—	—	0.14	0.26	0.31	0.31	0.68	0.89	292.40
71	—	—	—	—	—	0.14	0.27	0.33	0.33	0.68	279.52
72	—	—	—	—	—	—	0.15	0.28	0.28	0.37	263.56
73	—	—	—	—	—	—	—	0.15	0.23	0.32	244.66
74	—	—	—	—	—	—	—	—	0.16	0.25	224.21
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.18	204.60
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	185.13
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	167.48
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	148.15
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	129.39
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	112.99
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95.57
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78.84
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	64.80
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44.28
Summe	334.37	432.07	508.75	561.73	595.36	612.93	625.20	627.85	629.98	640.94	11 969.41

Tabelle III. Differenzen zwischen beobachteten und berechneten Toten.

Beob. Alter x	Versicherungsjahr 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.
15	– 0.11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	– 0.18	– 0.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+ 0.69	+ 0.78	– 0.15	—	—	—	—	—	—	—	—
18	– 0.52	+ 0.63	– 0.23	+ 0.87	—	—	—	—	—	—	—
19	+ 0.29	+ 1.38	+ 0.61	– 0.23	– 0.13	—	—	—	—	—	—
20	– 0.21	+ 0.17	+ 0.32	+ 0.58	– 0.23	– 0.11	—	—	—	—	—
21	– 2.09	– 0.40	+ 1.10	– 0.71	– 0.41	– 0.20	– 0.11	—	—	—	—
22	– 1.99	+ 2.60	+ 0.47	+ 2.06	+ 0.29	– 0.38	– 0.19	– 0.10	—	—	—
23	+ 2.70	+ 1.64	+ 0.40	+ 0.44	+ 0.07	+ 1.29	+ 0.65	– 0.17	– 0.09	—	—
24	+ 0.69	+ 1.10	– 1.65	+ 2.33	– 0.56	+ 2.11	+ 0.34	– 0.29	– 0.16	– 0.07	—
25	+ 0.08	– 2.35	– 1.31	– 1.79	+ 0.33	– 0.52	+ 0.17	+ 0.38	+ 0.73	– 0.14	– 0.06
26	+ 0.11	– 2.46	+ 4.92	– 1.49	– 1.77	+ 0.44	+ 0.51	+ 2.21	+ 0.45	– 0.24	– 0.16
27	– 2.06	+ 2.05	+ 10.34	+ 4.44	+ 0.46	+ 1.34	– 1.50	+ 4.58	– 0.74	– 0.50	– 0.34
28	– 3.22	+ 2.44	– 1.52	– 3.32	– 2.76	+ 1.52	+ 0.44	– 1.45	– 1.33	– 0.71	+ 0.29
29	– 4.10	+ 1.93	– 1.45	– 2.42	– 2.61	+ 0.32	+ 0.64	– 2.39	+ 0.68	– 1.26	+ 1.75
30	+ 0.81	– 0.36	– 0.26	+ 1.42	– 2.70	+ 1.49	– 2.39	– 0.08	– 0.19	+ 0.85	+ 0.76
31	– 0.62	+ 1.13	– 3.94	– 4.79	– 5.08	– 5.75	– 2.32	+ 0.93	– 0.86	– 0.99	– 0.90
32	– 2.36	– 0.38	+ 2.23	– 1.59	– 4.62	+ 0.60	– 5.61	+ 4.20	– 3.70	+ 2.40	+ 0.81
33	– 0.48	– 2.20	+ 0.60	– 2.69	– 0.52	– 1.99	– 2.20	– 0.02	+ 6.81	– 0.32	+ 2.27
34	+ 7.64	– 1.50	+ 7.74	+ 0.48	+ 1.13	– 3.98	– 7.07	+ 5.16	+ 0.83	– 0.64	+ 0.39
35	– 4.99	+ 9.42	+ 3.29	+ 2.53	+ 1.04	+ 0.77	– 0.09	– 0.67	+ 4.75	– 2.60	+ 4.84
36	– 0.73	– 6.01	– 6.80	+ 0.84	– 0.75	+ 3.45	– 4.44	– 1.76	– 2.12	– 3.63	+ 1.11
37	– 3.98	– 4.05	– 4.34	– 7.29	+ 3.38	+ 0.40	+ 3.94	– 8.17	– 6.18	+ 4.45	+ 11.05
38	– 2.84	– 3.08	+ 6.51	– 11.79	+ 3.04	+ 6.69	– 0.89	+ 5.24	+ 6.34	+ 2.25	+ 4.56
39	+ 0.53	+ 5.45	+ 3.48	– 6.87	– 4.45	+ 6.25	– 7.72	+ 3.05	+ 2.78	– 5.11	– 3.27
40	+ 2.42	– 1.30	– 3.53	+ 4.87	+ 3.37	– 3.26	– 8.28	– 7.67	– 2.45	– 6.90	– 15.32
41	– 1.95	+ 1.56	– 1.45	– 2.71	+ 11.40	– 0.57	+ 4.32	– 1.13	– 5.48	+ 13.40	+ 5.25
42	+ 2.58	+ 3.61	+ 3.56	+ 6.30	– 3.33	– 0.54	+ 7.81	– 7.76	+ 13.85	+ 1.46	+ 14.45
43	– 4.68	– 2.71	– 1.10	+ 2.14	– 0.22	– 0.20	+ 2.68	+ 2.69	– 2.92	+ 4.83	– 3.51
44	+ 1.37	+ 6.12	+ 1.56	+ 11.79	+ 2.65	+ 6.85	+ 1.99	– 9.70	+ 1.64	+ 0.57	– 0.67
45	– 1.10	+ 4.22	– 4.35	– 3.38	– 6.46	– 3.37	– 2.91	+ 0.47	+ 7.82	– 5.68	+ 2.53
46	+ 4.99	+ 5.15	– 5.19	+ 5.79	+ 11.20	– 5.25	– 4.15	– 2.44	– 2.70	– 5.71	– 13.91

47	− 2.59	− 1.52	− 8.00	− 3.91	+ 0.53	− 0.72	+ 0.09	− 0.54	− 6.01	− 0.44	+ 34.00
48	− 0.21	− 3.03	+ 0.34	+ 2.16	− 3.14	+ 6.74	− 1.35	− 3.34	− 3.90	+ 5.28	+ 12.23
49	− 1.13	+ 2.51	+ 0.07	− 4.01	− 4.83	+ 4.10	− 5.90	− 1.58	+ 7.33	− 3.60	+ 5.23
50	+ 3.43	− 0.36	+ 3.73	− 0.08	− 4.00	− 2.47	+ 0.38	+ 6.87	− 1.10	+ 1.60	− 12.64
51	− 0.43	− 1.65	− 0.21	− 0.63	− 0.02	+ 4.18	− 2.26	+ 0.16	+ 0.58	+ 3.23	+ 3.66
52	+ 2.63	+ 0.90	+ 5.69	+ 1.71	+ 6.45	− 3.55	+ 1.71	+ 7.18	+ 0.59	+ 2.90	+ 9.03
53	+ 0.95	+ 3.11	− 0.34	+ 0.54	+ 0.82	− 2.15	+ 0.04	+ 2.30	+ 0.79	− 1.35	− 19.31
54	− 1.31	− 1.53	+ 3.09	− 0.94	− 3.14	+ 1.52	+ 1.48	+ 2.65	+ 5.99	+ 2.15	− 12.99
55	+ 1.64	+ 3.50	+ 0.31	+ 1.33	− 1.69	+ 2.28	+ 11.21	+ 3.20	+ 0.02	− 2.69	− 22.04
56	+ 0.21	+ 0.36	− 0.43	− 1.36	− 2.95	− 1.86	+ 4.88	+ 0.09	− 4.13	+ 6.36	− 19.83
57	− 1.53	− 2.82	− 0.58	+ 5.02	+ 0.15	− 3.25	− 4.17	+ 1.69	− 2.27	+ 0.83	+ 0.66
58	+ 1.85	− 1.45	+ 5.52	+ 1.62	− 0.26	− 2.90	+ 2.44	+ 0.41	− 0.74	− 3.07	− 28.50
59	− 1.67	− 0.96	− 0.20	+ 0.25	+ 0.41	+ 0.58	− 0.33	− 3.86	− 0.82	− 2.37	+ 30.64
60	− 1.49	− 2.41	+ 2.46	− 0.72	− 3.16	− 0.98	+ 2.45	− 5.56	− 0.18	+ 5.46	+ 11.71
61	+ 0.53	− 2.13	− 2.04	− 2.60	+ 1.06	+ 1.59	− 0.14	− 0.39	− 1.03	− 0.78	− 0.37
62	+ 0.57	− 0.65	+ 0.37	− 1.35	+ 1.05	+ 0.90	+ 0.40	− 0.17	− 1.73	+ 5.30	− 3.73
63	− 0.20	+ 0.38	+ 0.22	− 0.90	− 2.51	− 2.93	− 1.09	− 0.89	− 3.40	− 0.28	− 22.30
64	− 0.09	− 0.27	− 0.70	+ 0.09	− 1.05	− 0.54	+ 2.81	+ 1.56	− 0.16	− 2.85	− 21.14
65	− 0.14	− 0.21	− 0.32	− 0.77	+ 1.03	− 0.10	+ 1.49	− 2.08	− 1.59	+ 0.43	+ 0.15
66	− 0.08	− 0.19	− 0.25	− 0.35	+ 0.18	+ 0.07	− 2.20	− 0.58	− 0.18	− 1.10	+ 14.96
67	—	− 0.10	− 0.22	− 0.27	+ 1.63	+ 0.19	− 0.94	− 0.22	− 0.75	+ 3.65	− 21.87
68	—	—	− 0.12	− 0.24	− 0.29	+ 0.67	+ 0.20	+ 0.00	− 3.29	− 0.90	+ 7.17
69	—	—	—	− 0.13	− 0.25	− 0.30	− 0.29	+ 2.21	− 0.08	+ 0.28	− 13.47
70	—	—	—	—	− 0.14	− 0.26	− 0.31	− 0.31	+ 0.32	− 0.89	− 11.40
71	—	—	—	—	—	− 0.14	− 0.27	+ 0.67	− 0.33	+ 0.32	+ 12.48
72	—	—	—	—	—	—	− 0.15	+ 0.72	− 0.28	− 0.37	+ 11.44
73	—	—	—	—	—	—	—	− 0.15	− 0.23	− 0.32	+ 9.34
74	—	—	—	—	—	—	—	—	− 0.16	− 0.25	− 0.21
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 0.18	+ 11.40
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 14.13
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 24.52
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 11.85
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 4.39
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.01
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.43
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 5.16
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 1.20
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 8.28
Summe	− 12.37	+ 15.93	+ 18.25	− 9.73	− 12.36	+ 8.07	− 16.20	− 4.85	+ 1.02	+ 12.06	− 1.41

Tabelle IV.

Für gleiche *Beobachtungs*alter aufsummierte Differenzen zwischen beobachteten und berechneten Toten.

Beob. Alter x	Versicherungsjahr										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.
15	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11	− 0.11
16	− 0.18	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31	− 0.31
17	+ 0.69	+ 1.47	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32	+ 1.32
18	− 0.52	+ 0.11	− 0.12	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75	+ 0.75
19	+ 0.29	+ 1.67	+ 2.28	+ 2.05	+ 1.92	+ 1.92	+ 1.92	+ 1.92	+ 1.92	+ 1.92	+ 1.92
20	− 0.21	− 0.04	+ 0.28	+ 0.86	+ 0.63	+ 0.52	+ 0.52	+ 0.52	+ 0.52	+ 0.52	+ 0.52
21	− 2.09	− 2.49	− 1.39	− 2.10	− 2.51	− 2.71	− 2.82	− 2.82	− 2.82	− 2.82	− 2.82
22	− 1.99	+ 0.61	+ 1.08	+ 3.14	+ 3.43	+ 3.05	+ 2.86	+ 2.76	+ 2.76	+ 2.76	+ 2.76
23	+ 2.70	+ 4.34	+ 4.74	+ 5.18	+ 5.25	+ 6.54	+ 7.19	+ 7.02	+ 6.93	+ 6.93	+ 6.93
24	+ 0.69	+ 1.79	+ 0.14	+ 2.47	+ 1.91	+ 4.02	+ 4.36	+ 4.07	+ 3.91	+ 3.84	+ 3.84
25	+ 0.08	− 2.27	− 3.58	− 5.37	− 5.04	− 5.56	− 5.39	− 5.01	− 4.28	− 4.42	− 4.48
26	+ 0.11	− 2.35	+ 2.57	+ 1.08	− 0.69	− 0.25	+ 0.26	+ 2.47	+ 2.92	+ 2.68	+ 2.52
27	− 2.06	− 0.01	+ 10.33	+ 14.77	+ 15.23	+ 16.57	+ 15.07	+ 19.65	+ 18.91	+ 18.41	+ 18.07
28	− 3.22	− 0.78	− 2.30	− 5.62	− 8.38	− 6.86	− 6.42	− 7.87	− 9.20	− 9.91	− 9.62
29	− 4.10	− 2.17	− 3.62	− 6.04	− 8.65	− 8.33	− 7.69	− 10.08	− 9.40	− 10.66	− 8.91
30	+ 0.81	+ 0.45	+ 0.19	+ 1.61	− 1.09	+ 0.40	− 1.99	− 2.07	− 2.26	− 1.41	− 0.65
31	− 0.62	+ 0.51	− 3.43	− 8.22	− 13.30	− 19.05	− 21.37	− 20.44	− 21.30	− 22.29	− 23.19
32	− 2.36	− 2.74	− 0.51	− 2.10	− 6.72	− 6.12	− 11.73	− 7.53	− 11.23	− 8.83	− 8.02
33	− 0.48	− 2.68	− 2.08	− 4.77	− 5.29	− 7.28	− 9.48	− 9.50	− 2.69	− 3.01	− 0.74
34	+ 7.64	+ 6.14	+ 13.88	+ 14.36	+ 15.49	+ 11.51	+ 4.44	+ 9.60	+ 10.43	+ 9.79	+ 10.18
35	− 4.99	+ 4.43	+ 7.72	+ 10.25	+ 11.29	+ 12.06	+ 11.97	+ 11.30	+ 16.05	+ 13.45	+ 18.29
36	− 0.73	− 6.74	− 13.54	− 12.70	− 13.45	− 10.00	− 14.44	− 16.20	− 18.32	− 21.95	− 20.84
37	− 3.98	− 8.03	− 12.37	− 19.66	− 16.28	− 15.88	− 11.94	− 20.11	− 26.29	− 21.84	− 10.79
38	− 2.84	− 5.92	+ 0.59	− 11.20	− 8.16	− 1.47	− 2.36	+ 2.88	+ 9.22	+ 11.47	+ 16.03
39	+ 0.53	+ 5.98	+ 9.46	+ 2.59	− 1.86	+ 4.39	− 3.33	− 0.28	+ 2.50	− 2.61	− 5.88
40	+ 2.42	+ 1.12	− 2.41	+ 2.46	+ 5.83	+ 2.57	− 5.71	− 13.38	− 15.83	− 22.73	− 38.05
41	− 1.95	− 0.39	− 1.84	− 4.55	+ 6.85	+ 6.28	+ 10.60	+ 9.47	+ 3.99	+ 17.39	+ 22.64
42	+ 2.58	+ 6.19	+ 9.75	+ 16.05	+ 12.72	+ 12.18	+ 19.99	+ 12.23	+ 26.08	+ 27.54	+ 41.99
43	− 4.68	− 7.39	− 8.49	− 6.35	− 6.57	− 6.77	− 4.09	− 1.40	− 4.32	+ 0.51	− 3.00
44	+ 1.37	+ 7.49	+ 9.05	+ 20.84	+ 23.49	+ 30.34	+ 32.33	+ 22.63	+ 24.27	+ 24.84	+ 24.17
45	− 1.10	+ 3.12	1.23	− 4.61	− 11.07	− 14.44	− 17.35	16.88	− 9.06	14.74	− 12.21
46	+ 4.99	+ 10.14	+ 4.05	+ 10.74	+ 21.94	+ 16.69	+ 12.54	+ 10.10	+ 7.40	+ 1.69	− 12.22

47	− 2.59	− 4.11	− 12.11	− 16.02	− 15.49	− 16.21	− 16.12	− 16.66	− 22.67	− 23.11	+ 10.89
48	− 0.21	− 3.24	− 2.90	− 0.74	− 3.88	+ 2.86	+ 1.51	− 1.83	− 5.73	− 0.45	+ 11.78
49	− 1.13	+ 1.38	+ 1.45	− 2.56	− 7.39	− 3.29	− 9.19	− 10.77	− 3.44	− 7.04	− 1.81
50	+ 3.43	+ 3.07	+ 6.80	+ 6.72	+ 2.72	+ 0.25	+ 0.63	+ 7.50	+ 6.40	+ 8.00	− 4.64
51	− 0.43	− 2.08	− 2.29	− 2.92	− 2.94	+ 1.24	− 1.02	− 0.86	− 0.28	+ 2.95	+ 6.61
52	+ 2.63	+ 3.53	+ 9.22	+ 10.93	+ 17.38	+ 13.83	+ 15.54	+ 22.72	+ 23.31	+ 26.21	+ 35.24
53	+ 0.95	+ 4.06	+ 3.72	+ 4.26	+ 5.08	+ 2.93	+ 2.97	+ 5.27	+ 6.06	+ 4.71	− 14.60
54	− 1.31	− 2.84	+ 0.25	− 0.69	− 3.83	− 2.31	− 0.83	+ 1.82	+ 7.81	+ 9.96	− 3.03
55	+ 1.64	+ 5.14	+ 5.45	+ 6.78	+ 5.09	+ 7.37	+ 18.58	+ 21.78	+ 21.80	+ 19.11	− 2.93
56	+ 0.21	+ 0.57	+ 0.14	− 1.22	− 4.17	− 6.03	− 1.15	− 1.06	− 5.19	+ 1.17	− 18.66
57	− 1.53	− 4.35	− 4.93	+ 0.09	+ 0.24	− 3.01	− 7.18	− 5.49	− 7.76	− 6.93	− 6.27
58	+ 1.85	+ 0.40	+ 5.92	+ 7.54	+ 7.28	+ 4.38	+ 6.82	+ 7.23	+ 6.49	+ 3.42	− 25.08
59	− 1.67	− 2.63	− 2.83	− 2.58	− 2.17	− 1.59	− 1.92	− 5.78	− 6.60	− 8.97	+ 21.67
60	− 1.49	− 3.90	− 1.44	− 2.16	− 5.32	− 6.30	− 3.85	− 9.41	− 9.59	− 4.13	+ 7.58
61	+ 0.53	− 1.60	− 3.64	− 6.24	− 5.18	− 3.59	− 3.73	− 4.12	− 5.15	− 5.93	− 6.30
62	+ 0.57	− 0.08	+ 0.29	− 1.06	− 0.01	+ 0.89	+ 1.29	+ 1.12	− 0.61	+ 4.69	+ 0.96
63	− 0.20	+ 0.18	+ 0.40	− 0.50	− 3.01	− 5.94	− 7.03	− 7.92	− 11.32	− 11.60	− 33.90
64	− 0.09	− 0.36	− 1.06	− 0.97	− 2.02	− 2.56	+ 0.25	+ 1.81	+ 1.65	− 1.20	− 22.34
65	− 0.14	− 0.35	− 0.67	− 1.44	− 0.41	− 0.51	+ 0.98	− 1.10	− 2.69	− 2.26	− 2.11
66	− 0.08	− 0.27	− 0.52	− 0.87	− 0.69	− 0.62	− 2.82	− 3.40	− 3.58	− 4.68	+ 10.28
67	—	− 0.10	− 0.32	− 0.59	+ 1.04	+ 1.23	+ 0.29	+ 0.07	− 0.68	+ 2.97	− 18.90
68	—	—	− 0.12	− 0.36	− 0.65	+ 0.02	+ 0.22	+ 0.22	− 3.07	− 3.97	+ 3.20
69	—	—	—	− 0.13	− 0.38	− 0.68	− 0.97	+ 1.24	+ 1.16	+ 1.44	− 12.03
70	—	—	—	—	− 0.14	− 0.40	− 0.71	− 1.02	− 0.70	− 1.59	− 12.99
71	—	—	—	—	—	− 0.14	− 0.41	+ 0.26	− 0.07	+ 0.25	+ 12.73
72	—	—	—	—	—	—	− 0.15	+ 0.57	+ 0.29	− 0.08	+ 11.36
73	—	—	—	—	—	—	—	− 0.15	− 0.38	− 0.70	+ 8.64
74	—	—	—	—	—	—	—	—	− 0.16	− 0.41	− 0.62
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 0.18	+ 11.22
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 14.13
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 24.52
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 11.85
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 4.39
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.01
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.43
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 5.16
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 1.20
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 8.28
Summe	− 12.37	+ 3.56	+ 21.81	+ 12.08	− 0.28	+ 7.79	− 8.41	− 13.26	− 12.24	− 0.18	− 1.59
	− 12.37	+ 3.67	+ 22.23	+ 11.18	− 1.93	+ 4.22	− 12.50	− 14.53	− 16.27	− 11.14	− 16.39

Tabelle V.

Für gleiche *Eintritts*alter aufsummierte Differenzen zwischen beobachteten und berechneten Toten.

Eintritts-Alter $[x]$	Versicherungsjahr 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.	Beob. Alter x
15	− 0.11	− 0.24	− 0.39	+ 0.48	+ 0.35	+ 0.24	+ 0.13	+ 0.03	− 0.06	− 0.13	− 0.19	25
16	− 0.18	+ 0.60	+ 0.37	+ 0.14	− 0.09	− 0.29	− 0.48	− 0.65	− 0.81	− 0.95	− 1.11	26
17	+ 0.69	+ 1.32	+ 1.93	+ 2.51	+ 2.10	+ 1.72	+ 2.37	+ 2.08	+ 2.81	+ 2.57	+ 2.23	27
18	− 0.52	+ 0.86	+ 1.18	+ 0.47	+ 0.76	+ 2.05	+ 2.39	+ 2.77	+ 3.22	+ 2.72	+ 3.01	28
19	+ 0.29	+ 0.46	+ 1.56	+ 3.62	+ 3.69	+ 5.80	+ 5.97	+ 8.18	+ 7.44	+ 6.73	+ 8.48	29
20	− 0.21	− 0.61	− 0.14	+ 0.30	− 0.26	− 0.78	− 0.27	+ 4.31	+ 2.98	+ 1.72	+ 2.48	30
21	− 2.09	+ 0.51	+ 0.91	+ 3.24	+ 3.57	+ 4.01	+ 2.51	+ 1.06	+ 1.74	+ 2.59	+ 1.69	31
22	− 1.99	− 0.35	− 2.00	− 3.79	− 5.56	− 4.22	− 3.78	− 6.17	− 6.36	− 7.35	− 6.54	32
23	+ 2.70	+ 3.80	+ 2.49	+ 1.00	+ 1.46	+ 2.98	+ 3.62	+ 3.54	+ 2.68	+ 5.08	+ 7.35	33
24	+ 0.69	− 1.66	+ 3.26	+ 7.70	+ 4.94	+ 5.26	+ 2.87	+ 3.80	+ 0.10	− 0.22	+ 0.17	34
25	+ 0.08	− 2.38	+ 7.96	+ 4.64	+ 2.03	+ 3.52	+ 1.20	+ 5.40	+ 12.21	+ 11.57	+ 16.41	35
26	+ 0.11	+ 2.16	+ 0.64	− 1.78	− 4.48	− 10.23	− 15.84	− 15.86	− 15.03	− 17.63	− 16.52	36
27	− 2.06	+ 0.38	− 1.07	+ 0.35	− 4.73	− 4.13	− 6.33	− 1.17	+ 3.58	− 0.05	+ 11.00	37
28	− 3.22	− 1.29	− 1.55	− 6.34	− 10.96	− 12.95	− 20.02	− 20.69	− 22.81	− 18.36	− 13.80	38
29	− 4.10	− 4.46	− 8.40	− 9.99	− 10.51	− 14.49	− 14.58	− 16.34	− 22.52	− 20.27	− 23.54	39
30	+ 0.81	+ 1.94	+ 4.17	+ 1.48	+ 2.61	+ 3.38	− 1.06	− 9.23	− 2.89	− 8.00	− 23.32	40
31	− 0.62	− 1.00	− 0.40	+ 0.08	+ 1.12	+ 4.57	+ 8.51	+ 13.75	+ 16.53	+ 9.63	+ 14.88	41
32	− 2.36	− 4.56	+ 3.18	+ 5.71	+ 4.96	+ 5.36	+ 4.47	+ 7.52	+ 5.07	+ 18.47	+ 32.92	42
33	− 0.48	− 1.98	+ 1.31	+ 2.15	+ 5.53	+ 12.22	+ 4.50	− 3.17	− 8.65	− 7.19	− 10.70	43
34	+ 7.64	+ 17.06	+ 10.26	+ 2.97	+ 6.01	+ 12.26	+ 3.98	+ 2.85	+ 16.70	+ 21.53	+ 20.86	44
35	− 4.99	− 11.00	− 15.34	− 27.13	− 31.58	− 34.84	− 30.52	− 38.28	− 41.20	− 40.63	− 38.10	45
36	− 0.73	− 4.78	+ 1.73	− 5.14	− 1.77	− 2.34	+ 5.47	+ 8.16	+ 9.80	+ 4.12	− 9.79	46
37	− 3.98	− 7.06	− 3.58	+ 1.29	+ 12.69	+ 12.15	+ 14.83	+ 5.13	+ 12.95	+ 7.24	+ 41.24	47
38	− 2.84	+ 2.61	− 0.92	− 3.63	− 6.96	− 7.16	− 5.17	− 4.70	− 7.40	− 7.84	+ 4.39	48
39	+ 0.53	− 0.77	− 2.22	+ 4.08	+ 3.86	+ 10.71	+ 7.80	+ 5.36	− 0.65	+ 4.63	+ 9.86	49
40	+ 2.42	+ 3.98	+ 7.54	+ 9.68	+ 12.33	+ 8.96	+ 4.81	+ 4.27	+ 0.37	− 3.23	− 15.87	50

41	− 1.95	+ 1.66	+ 0.56	+ 12.35	+ 5.89	+ 0.64	+ 0.73	− 2.61	+ 4.72	+ 6.32	+ 9.98	51
42	+ 2.58	− 0.13	+ 1.43	− 1.95	+ 9.25	+ 8.53	+ 7.18	+ 5.60	+ 4.50	+ 7.73	+ 16.76	52
43	− 4.68	+ 1.44	− 2.91	+ 2.88	+ 3.41	+ 10.15	+ 4.25	+ 11.12	+ 11.70	+ 14.60	− 4.71	53
44	+ 1.37	+ 5.59	+ 0.40	− 3.51	− 6.65	− 2.55	− 2.17	− 2.01	− 1.42	− 2.77	− 15.76	54
45	− 1.10	+ 4.05	− 3.95	− 1.79	− 6.62	− 9.09	− 11.35	− 4.17	− 3.38	− 1.23	− 23.27	55
46	+ 4.99	+ 3.47	+ 3.81	− 0.20	− 4.20	− 0.02	+ 1.69	+ 3.99	+ 9.98	+ 7.29	− 12.54	56
47	− 2.59	− 5.62	− 5.55	− 5.63	− 5.65	− 9.20	− 9.16	− 6.51	− 6.49	− 0.13	+ 0.53	57
48	− 0.21	+ 2.30	+ 6.03	+ 5.40	+ 11.85	+ 9.70	+ 11.18	+ 14.38	+ 10.25	+ 11.08	− 17.42	58
49	− 1.13	− 1.49	− 1.70	+ 0.01	+ 0.83	+ 2.35	+ 13.56	+ 13.65	+ 11.38	+ 8.31	+ 38.95	59
50	+ 3.43	+ 1.78	+ 7.47	+ 8.01	+ 4.87	+ 7.15	+ 12.03	+ 13.72	+ 12.98	+ 10.61	+ 22.32	60
51	− 0.43	+ 0.47	+ 0.13	− 0.81	− 2.50	− 4.36	− 8.53	− 8.12	− 8.94	− 3.48	− 3.85	61
52	+ 2.63	+ 5.74	+ 8.83	+ 10.16	+ 7.21	+ 3.96	+ 6.40	+ 2.54	+ 2.36	+ 1.58	− 2.15	62
53	+ 0.95	− 0.58	− 0.27	− 1.63	− 1.48	− 4.38	− 4.71	− 10.27	− 11.30	− 6.00	− 28.30	63
54	− 1.31	+ 2.19	+ 1.76	+ 6.78	+ 6.52	+ 7.10	+ 9.55	+ 9.16	+ 7.43	+ 7.15	− 13.99	64
55	+ 1.64	+ 2.00	+ 1.42	+ 3.04	+ 3.45	+ 2.47	+ 2.33	+ 2.16	− 1.24	− 4.09	− 3.94	65
56	+ 0.21	− 2.61	+ 2.91	+ 3.16	− 0.00	+ 1.59	+ 1.99	+ 1.10	+ 0.94	+ 1.37	+ 16.33	66
57	− 1.53	− 2.98	− 3.18	− 3.90	− 2.84	− 1.94	− 3.03	− 1.47	− 3.06	− 4.16	− 26.03	67
58	+ 1.85	+ 0.89	+ 3.35	+ 0.75	+ 1.80	− 1.13	+ 1.68	− 0.40	− 0.58	+ 3.07	+ 10.24	68
59	− 1.67	− 4.08	− 6.12	− 7.47	− 9.98	− 10.52	− 9.03	− 9.61	− 10.36	− 11.26	− 24.73	69
60	− 1.49	− 3.62	− 3.25	− 4.15	− 5.20	− 5.30	− 7.50	− 7.72	− 11.01	− 10.73	− 22.13	70
61	+ 0.53	− 0.12	+ 0.10	+ 0.19	+ 1.22	+ 1.29	+ 0.35	+ 0.35	+ 0.27	− 0.62	+ 11.86	71
62	+ 0.57	+ 0.95	+ 0.25	− 0.52	− 0.34	− 0.15	+ 0.05	+ 2.26	+ 2.58	+ 2.90	+ 14.34	72
63	− 0.20	− 0.47	− 0.79	− 1.14	+ 0.49	+ 1.16	+ 0.87	+ 0.56	+ 0.23	− 0.14	+ 9.20	73
64	− 0.09	− 0.30	− 0.55	− 0.82	− 1.11	− 1.41	− 1.72	− 1.05	− 1.33	− 1.65	− 1.86	74
65	− 0.14	− 0.33	− 0.55	− 0.79	− 1.04	− 1.30	− 1.57	− 0.85	− 1.08	− 1.33	+ 10.07	75
66	− 0.08	− 0.18	− 0.30	− 0.43	− 0.57	− 0.71	− 0.86	− 1.01	− 1.17	− 1.35	− 15.48	76
67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 24.52	77
68	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 11.85	78
69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 4.39	79
70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.01	80
71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.43	81
72	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 5.16	82
73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 1.20	83
74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 8.28	84
Summe	− 12.37	+ 3.56	+ 21.81	+ 12.08	− 0.28	+ 7.79	− 8.41	− 13.26	− 12.24	− 0.18	− 1.59	Summe

Tabelle VI.

Für gleiche Versicherungsdauern aufsummierte Differenzen zwischen beobachteten und berechneten Toten.

Beob. Alter x	Versicherungsjahr										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.
15	− 0.11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	− 0.29	− 0.13	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+ 0.40	+ 0.65	− 0.15	—	—	—	—	—	—	—	—
18	− 0.12	+ 1.28	− 0.38	+ 0.87	—	—	—	—	—	—	—
19	+ 0.17	+ 2.66	+ 0.23	+ 0.64	− 0.13	—	—	—	—	—	—
20	− 0.04	+ 2.83	+ 0.55	+ 1.22	− 0.36	− 0.11	—	—	—	—	—
21	− 2.13	+ 2.43	+ 1.65	+ 0.51	− 0.77	− 0.31	− 0.11	—	—	—	—
22	− 4.12	+ 5.03	+ 2.12	+ 2.57	− 0.48	− 0.69	− 0.30	− 0.10	—	—	—
23	− 1.42	+ 6.67	+ 2.52	+ 3.01	− 0.41	+ 0.60	+ 0.35	− 0.27	− 0.09	—	—
24	− 0.73	+ 7.77	+ 0.87	+ 5.34	− 0.97	+ 2.71	+ 0.69	− 0.56	− 0.25	− 0.07	—
25	− 0.65	+ 5.42	− 0.44	+ 3.55	− 0.64	+ 2.19	+ 0.86	− 0.18	+ 0.48	− 0.21	− 0.06
26	− 0.54	+ 2.96	+ 4.48	+ 2.06	− 2.41	+ 2.63	+ 1.37	+ 2.03	+ 0.93	− 0.45	− 0.22
27	− 2.60	+ 5.01	+ 14.82	+ 6.50	− 1.95	+ 3.97	− 0.13	+ 6.61	+ 0.19	− 0.95	− 0.56
28	− 5.82	+ 7.45	+ 13.30	+ 3.18	− 4.71	+ 5.49	+ 0.31	+ 5.16	− 1.14	− 1.66	− 0.27
29	− 9.92	+ 9.38	+ 11.85	+ 0.76	− 7.32	+ 5.81	+ 0.95	+ 2.77	− 0.46	− 2.92	+ 1.48
30	− 9.11	+ 9.02	+ 11.59	+ 2.18	− 10.02	+ 7.30	− 1.44	+ 2.69	− 0.65	− 2.07	+ 2.24
31	− 9.73	+ 10.15	+ 7.65	− 2.61	− 15.10	+ 1.55	− 3.76	+ 3.62	− 1.51	− 3.06	+ 1.34
32	− 12.09	+ 9.77	+ 9.88	− 4.20	− 19.72	+ 2.15	− 9.37	+ 7.82	− 5.21	− 0.66	+ 2.15
33	− 12.57	+ 7.57	+ 10.48	− 6.89	− 20.24	+ 0.16	− 11.57	+ 7.80	+ 1.60	− 0.98	+ 4.42
34	− 4.93	+ 6.07	+ 18.22	− 6.41	− 19.11	− 3.82	− 18.64	+ 12.96	+ 2.43	− 1.62	+ 4.81
35	− 9.92	+ 15.49	+ 21.51	− 3.88	− 18.07	− 3.05	− 18.73	+ 12.29	+ 7.18	− 4.22	+ 9.65
36	− 10.65	+ 9.48	+ 14.71	− 3.04	− 18.82	+ 0.40	− 23.17	+ 10.53	+ 5.06	− 7.85	+ 10.76
37	− 14.63	+ 5.43	+ 10.37	− 10.33	− 15.44	+ 0.80	− 19.23	+ 2.36	− 1.12	− 3.40	+ 21.81
38	− 17.47	+ 2.35	+ 16.88	− 22.12	− 12.40	+ 7.49	− 20.12	+ 7.60	+ 5.22	− 1.15	+ 26.37
39	− 16.94	+ 7.80	+ 20.36	− 28.99	− 16.85	+ 13.74	− 27.84	+ 10.65	+ 8.00	− 6.26	+ 23.10
40	− 14.52	+ 6.50	+ 16.83	− 24.12	− 13.48	+ 10.48	− 36.12	+ 2.98	+ 5.55	− 13.16	+ 7.78
41	− 16.47	+ 8.06	+ 15.38	− 26.83	− 2.08	+ 9.91	− 31.80	+ 1.85	+ 0.07	+ 0.24	+ 13.03
42	− 13.89	+ 11.67	+ 18.94	− 20.53	− 5.41	+ 9.37	− 23.99	− 5.91	+ 13.92	+ 1.70	+ 27.48
43	− 18.57	+ 8.96	+ 17.84	− 18.39	− 5.63	+ 9.17	− 21.31	− 3.22	+ 11.00	+ 6.53	+ 23.97
44	− 17.20	+ 15.08	+ 19.40	− 6.60	− 2.98	+ 16.02	− 19.32	− 12.02	+ 12.64	+ 7.10	+ 23.30
45	− 18.30	+ 19.30	+ 15.05	− 9.98	− 9.44	+ 12.65	− 22.23	− 12.45	+ 20.46	+ 1.42	+ 25.83
46	− 13.31	+ 24.45	+ 9.80	− 4.19	+ 1.76	+ 7.40	− 26.38	− 14.89	+ 17.76	− 4.29	+ 11.92

47	− 15.90	+ 22.93	+ 1.86	− 8.10	+ 2.29	+ 6.68	− 26.29	− 15.43	+ 11.75	− 4.73	+ 45.92
48	− 16.11	+ 19.90	+ 2.20	− 5.94	− 0.85	+ 13.42	− 27.64	− 18.77	+ 7.85	+ 0.55	+ 58.15
49	− 17.24	+ 22.41	+ 2.27	− 9.95	− 5.68	+ 17.52	− 33.54	− 20.35	+ 15.18	− 3.05	+ 63.38
50	− 13.81	+ 22.05	+ 6.00	− 10.03	− 9.68	+ 15.05	− 33.16	− 13.48	+ 14.08	− 1.45	+ 50.74
51	− 14.24	+ 20.40	+ 5.79	− 10.66	− 9.70	+ 19.23	− 35.42	− 13.32	+ 14.66	+ 1.78	+ 54.40
52	− 11.61	+ 21.30	+ 11.48	− 8.95	− 3.25	+ 15.68	− 33.71	− 6.14	+ 15.25	+ 4.68	+ 63.43
53	− 10.66	+ 24.41	+ 11.14	− 8.41	− 2.43	+ 13.53	− 33.67	− 3.84	+ 16.04	+ 3.33	+ 44.12
54	− 11.97	+ 22.88	+ 14.23	− 9.35	− 5.57	+ 15.05	− 32.19	− 1.19	+ 22.03	+ 5.48	+ 31.13
55	− 10.33	+ 26.38	+ 14.54	− 8.02	− 7.26	+ 17.33	− 20.98	+ 2.01	+ 22.05	+ 2.79	+ 9.09
56	− 10.12	+ 26.74	+ 14.11	− 9.38	− 10.21	+ 15.47	− 16.10	+ 2.10	+ 17.92	+ 9.15	− 10.74
57	− 11.65	+ 23.92	+ 13.53	− 4.36	− 10.06	+ 12.22	− 20.27	+ 3.79	+ 15.65	+ 9.98	− 10.08
58	− 9.80	+ 22.47	+ 19.05	− 2.74	− 10.32	+ 9.32	− 17.83	+ 4.20	+ 14.91	+ 6.91	− 38.58
59	− 11.47	+ 21.51	+ 18.85	− 2.49	− 9.91	+ 9.90	− 18.16	+ 0.34	+ 14.09	+ 4.54	− 7.94
60	− 12.96	+ 19.10	+ 21.31	− 3.21	− 13.07	+ 8.92	− 15.71	− 5.22	+ 13.91	+ 10.00	+ 3.77
61	− 12.43	+ 16.97	+ 19.27	− 5.81	− 12.01	+ 10.51	− 15.85	− 5.61	+ 12.88	+ 9.22	+ 3.40
62	− 11.86	+ 16.32	+ 19.64	− 7.16	− 10.96	+ 11.41	− 15.45	− 5.78	+ 11.15	+ 14.52	− 0.33
63	− 12.06	+ 16.70	+ 19.86	− 8.06	− 13.47	+ 8.48	− 16.54	− 6.67	+ 7.75	+ 14.24	− 22.63
64	− 12.15	+ 16.43	+ 19.16	− 7.97	− 14.52	+ 7.94	− 13.73	− 5.11	+ 7.59	+ 11.39	− 43.77
65	− 12.29	+ 16.22	+ 18.84	− 8.74	− 13.49	+ 7.84	− 12.24	− 7.19	+ 6.00	+ 11.82	− 43.62
66	− 12.37	+ 16.03	+ 18.59	− 9.09	− 13.31	+ 7.91	− 14.44	− 7.77	+ 5.82	+ 10.72	− 28.66
67	—	+ 15.93	+ 18.37	− 9.36	− 11.68	+ 8.10	− 15.38	− 7.99	+ 5.07	+ 14.37	− 50.53
68	—	—	+ 18.25	− 9.60	− 11.97	+ 8.77	− 15.18	− 7.99	+ 1.78	+ 13.47	− 43.36
69	—	—	—	− 9.73	− 12.22	+ 8.47	− 15.47	− 5.78	+ 1.70	+ 13.75	− 56.83
70	—	—	—	—	− 12.36	+ 8.21	− 15.78	− 6.09	+ 2.02	+ 12.86	− 68.23
71	—	—	—	—	—	+ 8.07	− 16.05	− 5.42	+ 1.69	+ 13.18	− 55.75
72	—	—	—	—	—	—	− 16.20	− 4.70	+ 1.41	+ 12.81	− 44.31
73	—	—	—	—	—	—	—	− 4.85	+ 1.18	+ 12.49	− 34.97
74	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 1.02	+ 12.24	− 35.18
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 12.06	− 23.78
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 37.91
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 13.39
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 1.54
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 5.93
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.08
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.51
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 5.67
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.87
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	− 1.41

Tabelle VII. Differenzen zwischen den von Dr. Höckner und den auf analytischem Wege berechneten Toten.

Beob. Alter x	Versicherungsjahr										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 ff.
15	− 0.01	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	+ 0.02	+ 0.07	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	− 0.01	+ 0.08	+ 0.05	—	—	—	—	—	—	—	—
18	+ 0.08	+ 0.13	+ 0.07	+ 0.07	—	—	—	—	—	—	—
19	+ 0.09	+ 0.18	+ 0.11	+ 0.07	− 0.03	—	—	—	—	—	—
20	+ 0.09	+ 0.17	+ 0.12	+ 0.08	+ 0.07	− 0.01	—	—	—	—	—
21	+ 0.21	+ 0.30	+ 0.10	+ 0.09	− 0.01	− 0.00	− 0.01	—	—	—	—
22	+ 0.21	+ 0.40	+ 0.17	+ 0.06	+ 0.09	+ 0.02	+ 0.01	+ 0.00	—	—	—
23	+ 0.30	+ 0.54	+ 0.30	+ 0.14	+ 0.07	− 0.01	+ 0.05	+ 0.03	+ 0.01	—	—
24	+ 0.29	+ 0.80	+ 0.45	+ 0.23	+ 0.04	+ 0.01	+ 0.04	+ 0.01	+ 0.04	+ 0.03	—
25	+ 0.28	+ 0.95	+ 0.49	+ 0.21	+ 0.03	+ 0.08	− 0.03	− 0.02	+ 0.03	+ 0.06	+ 0.04
26	+ 0.01	+ 1.14	+ 0.62	+ 0.11	+ 0.03	+ 0.04	− 0.09	+ 0.01	+ 0.05	+ 0.06	+ 0.04
27	− 0.36	+ 1.05	+ 0.54	+ 0.04	− 0.14	− 0.06	− 0.10	− 0.02	+ 0.06	+ 0.00	+ 0.16
28	− 0.82	+ 0.84	+ 0.38	− 0.22	− 0.36	− 0.28	− 0.16	− 0.05	− 0.03	− 0.01	+ 0.29
29	− 1.20	+ 0.53	− 0.05	− 0.62	− 0.81	− 0.58	− 0.36	− 0.19	− 0.12	+ 0.04	+ 0.35
30	− 1.59	+ 0.24	− 0.36	− 0.98	− 1.30	− 1.11	− 0.69	− 0.38	− 0.19	− 0.05	+ 0.56
31	− 1.72	+ 0.03	− 0.54	− 1.29	− 1.68	− 1.55	− 1.22	− 0.77	− 0.36	− 0.09	+ 0.80
32	− 1.76	− 0.08	− 0.77	− 1.59	− 2.02	− 2.00	− 1.61	− 1.20	− 0.60	− 0.30	+ 1.01
33	− 1.68	− 0.00	− 0.70	− 1.69	− 2.22	− 2.19	− 1.90	− 1.52	− 0.99	− 0.42	+ 1.37
34	− 1.56	+ 0.10	− 0.56	− 1.52	− 2.27	− 2.28	− 2.17	− 1.84	− 1.27	− 0.74	+ 1.79
35	− 1.39	+ 0.22	− 0.41	− 1.37	− 2.16	− 2.43	− 2.29	− 1.97	− 1.45	− 0.90	+ 2.34
36	− 1.43	+ 0.29	− 0.40	− 1.26	− 1.95	− 2.25	− 2.34	− 2.06	− 1.72	− 1.13	+ 2.81
37	− 1.18	+ 0.45	− 0.14	− 1.09	− 1.82	− 2.00	− 2.16	− 2.17	− 1.78	− 1.35	+ 3.15
38	− 0.94	+ 0.52	+ 0.01	− 0.89	− 1.66	− 1.91	− 1.99	− 2.06	− 1.86	− 1.45	+ 3.16
39	− 0.87	+ 0.55	+ 0.08	− 0.77	− 1.45	− 1.75	− 1.82	− 1.95	− 1.82	− 1.71	+ 2.73
40	− 0.88	+ 0.60	+ 0.07	− 0.63	− 1.33	− 1.56	− 1.68	− 1.87	− 1.75	− 1.60	+ 2.28
41	− 0.65	+ 0.66	+ 0.25	− 0.41	− 1.00	− 1.27	− 1.38	− 1.63	− 1.58	− 1.60	+ 1.55
42	− 0.42	+ 0.71	+ 0.46	− 0.20	− 0.63	− 0.94	− 1.09	− 1.26	− 1.35	− 1.44	+ 1.15
43	− 0.18	+ 0.89	+ 0.60	+ 0.14	− 0.32	− 0.40	− 0.62	− 0.81	− 0.92	− 1.07	+ 1.19
44	− 0.03	+ 1.02	+ 0.86	+ 0.39	+ 0.05	− 0.05	− 0.11	− 0.40	− 0.56	− 0.73	+ 1.63
45	+ 0.20	+ 1.22	+ 1.05	+ 0.72	+ 0.44	+ 0.43	+ 0.39	+ 0.17	− 0.08	− 0.38	+ 2.53
46	+ 0.39	+ 1.35	+ 1.21	+ 0.89	+ 0.70	+ 0.75	+ 0.85	+ 0.56	+ 0.40	+ 0.09	+ 3.49

47	+ 0.51	+ 1.28	+ 1.30	+ 1.09	+ 0.93	+ 1.08	+ 1.09	+ 0.96	+ 0.79	+ 0.36	+ 4.30
48	+ 0.59	+ 1.27	+ 1.24	+ 1.16	+ 1.16	+ 1.24	+ 1.35	+ 1.16	+ 1.10	+ 0.68	+ 4.63
49	+ 0.67	+ 1.21	+ 1.17	+ 1.09	+ 1.17	+ 1.30	+ 1.40	+ 1.32	+ 1.23	+ 0.80	+ 3.73
50	+ 0.53	+ 1.14	+ 1.03	+ 0.92	+ 1.00	+ 1.23	+ 1.48	+ 1.27	+ 1.20	+ 0.80	+ 1.86
51	+ 0.37	+ 0.85	+ 0.89	+ 0.77	+ 0.88	+ 1.08	+ 1.34	+ 1.26	+ 1.08	+ 0.73	− 1.24
52	+ 0.33	+ 0.60	+ 0.69	+ 0.61	+ 0.75	+ 0.95	+ 1.21	+ 1.18	+ 1.09	+ 0.60	− 4.57
53	+ 0.25	+ 0.41	+ 0.46	+ 0.54	+ 0.62	+ 0.85	+ 1.04	+ 1.10	+ 0.99	+ 0.65	− 7.91
54	+ 0.19	+ 0.37	+ 0.29	+ 0.36	+ 0.56	+ 0.82	+ 1.08	+ 1.05	+ 0.99	+ 0.55	− 9.59
55	+ 0.14	+ 0.20	+ 0.21	+ 0.33	+ 0.41	+ 0.78	+ 1.01	+ 1.10	+ 1.02	+ 0.61	− 10.04
56	+ 0.11	+ 0.26	+ 0.17	+ 0.34	+ 0.45	+ 0.74	+ 1.18	+ 1.19	+ 1.07	+ 0.76	− 9.03
57	+ 0.17	+ 0.18	+ 0.22	+ 0.22	+ 0.45	+ 0.75	+ 0.93	+ 1.29	+ 1.23	+ 0.93	− 6.84
58	+ 0.15	+ 0.15	+ 0.12	+ 0.32	+ 0.44	+ 0.80	+ 1.04	+ 1.11	+ 1.36	+ 1.13	− 4.40
59	+ 0.13	+ 0.14	+ 0.10	+ 0.25	+ 0.51	+ 0.68	+ 1.07	+ 1.14	+ 1.18	+ 1.13	− 2.56
60	+ 0.11	+ 0.09	+ 0.06	+ 0.18	+ 0.34	+ 0.72	+ 0.85	+ 1.14	+ 1.12	+ 0.96	− 1.79
61	+ 0.03	− 0.03	− 0.04	+ 0.10	+ 0.26	+ 0.69	+ 0.96	+ 0.91	+ 1.17	+ 0.92	− 2.47
62	− 0.03	− 0.05	− 0.03	+ 0.05	+ 0.25	+ 0.60	+ 0.70	+ 1.03	+ 0.87	+ 1.00	− 4.03
63	+ 0.00	− 0.02	+ 0.02	+ 0.00	+ 0.19	+ 0.47	+ 0.61	+ 0.81	+ 1.00	+ 0.72	− 5.80
64	+ 0.01	− 0.07	+ 0.00	− 0.01	+ 0.05	+ 0.36	+ 0.51	+ 0.76	+ 0.74	+ 0.75	− 7.34
65	− 0.04	− 0.01	− 0.02	− 0.07	+ 0.03	+ 0.30	+ 0.39	+ 0.52	+ 0.71	+ 0.63	− 7.85
66	+ 0.02	+ 0.01	− 0.05	− 0.05	− 0.02	+ 0.07	+ 0.30	+ 0.42	+ 0.52	+ 0.60	− 7.64
67	—	+ 0.00	− 0.02	+ 0.03	+ 0.03	+ 0.09	+ 0.06	+ 0.48	+ 0.55	+ 0.45	− 6.47
68	—	—	− 0.02	− 0.04	+ 0.01	− 0.03	+ 0.10	+ 0.10	+ 0.51	+ 0.40	− 4.63
69	—	—	—	− 0.03	− 0.05	− 0.00	+ 0.01	+ 0.11	+ 0.12	+ 0.48	− 2.37
70	—	—	—	—	− 0.04	+ 0.04	− 0.01	+ 0.09	+ 0.12	+ 0.11	− 0.00
71	—	—	—	—	—	− 0.04	+ 0.03	+ 0.07	+ 0.07	+ 0.12	+ 2.38
72	—	—	—	—	—	—	+ 0.05	+ 0.02	+ 0.02	+ 0.03	+ 4.34
73	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.05	+ 0.07	+ 0.08	+ 5.94
74	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.04	+ 0.05	+ 6.79
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.02	+ 7.10
76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.77
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 6.02
78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 4.75
79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 3.41
80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 2.21
81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 1.33
82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.86
83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.70
84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	+ 0.62
Summe	− 12.27	+ 23.93	+ 11.85	− 3.13	− 11.26	− 7.73	− 2.70	+ 0.25	+ 4.12	+ 2.36	− 4.41

Die Gefahrenbeurteilung im Zusammenhang mit der Statistik bei industriellen Risiken.

Von Professor Heinrich Henne (Aachen).

Das Ideal der Feuerversicherung wie jeder Schadenversicherung ist, den Preis für den Versicherungsschutz möglichst genau der obwaltenden Gefahr anzupassen. Dabei versteht man unter Gefahr sowohl die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Versicherungsfalles überhaupt als auch die Wahrscheinlichkeit einer mehr oder weniger hohen Ersatzleistung. Scheinbar ist dieses Ideal sehr leicht zu verwirklichen; insbesondere sind Laien dieser Ansicht, weil sie sich sagen, daß aus Beobachtungen, die man in der Vergangenheit angestellt hat, eine Statistik aufgebaut werden kann, die ohne weiteres aus der Gegenüberstellung von Versicherungssummen und Schadenzahlungen den auf 1000 Mk. Versicherungssumme entfallenden durchschnittlichen Schaden pro Jahr ergebe, der eben gleichzeitig ein ziffernmäßiger Ausdruck der durchschnittlichen Gefahr ist. Leider kann der praktische Feuerversicherer nach diesem scheinbar einfachen Rezept nicht immer verfahren. Wohl ist es möglich, statistische Grundlagen für gewisse Risikenarten in der gedachten Weise aufzustellen und zu benutzen, bei denen die Voraussetzungen für die unmittelbare Anwendbarkeit der statistischen Ergebnisse vorliegen, aber bei vielen Risikenarten haften den summarischen einfachen Statistiken solche Unvollkommenheiten an, daß man von einer unmittelbaren Verwendung derselben für die Zwecke der Prämienbestimmung im Einzelfalle absehen muß. Die Gründe sind folgende:

1. Die Risiken einer bestimmten Risikengattung sind nicht in hinreichend großer Zahl innerhalb eines einheitlichen Beobachtungsgebietes vorhanden, um die an ihnen gewonnenen Beobachtungsergebnisse als auf dem Gesetz der großen Zahlen beruhend ansehen zu können. Der Mangel an Zahl läßt sich nur bis zu einem gewissen Grade ausgleichen durch eine lange Beobachtungszeit, aber dieses Aushilfsmittel ist gerade bei schwierigen Fällen oft nur unvollkommener Natur.

2. Die Versicherungssummen sind keineswegs immer identisch mit den wirklichen Versicherungswerten. Dieser Mangel ist aber nicht derart, daß eine sonst zulängliche Statistik seinetwegen nicht doch einen großen Wert hätte und einer verhältnismäßig weitgehenden unmittelbaren Anwendung fähig wäre. Über die Möglichkeit einer Differenz zwischen Versicherungssumme und Versicherungswert müssen wir uns in der Praxis nun einmal bei der Prämienermittlung hinwegsetzen, zumal bei der Versicherung von Werten, die von wechselnden Beständen und auch von Konjunkturverhältnissen abhängig und daher stark schwankend sind, wie es z. B. bei Vorratsversicherungen häufig ist, die Vorausbestimmung des bei einem Brand voraussichtlich in Verlust kommenden wirklichen Wertes schlechterdings unmöglich



ist. Die praktische Handhabung des Feuerversicherungsgeschäftes bedingt, wenn dieselbe hinreichend beweglich bleiben soll, abgesehen von Sonderfällen, die vom Versicherungsnehmer genannte Versicherungssumme als Basis der Prämienberechnung und Schadenvorausschätzung.

3. Bei manchen Risikenarten ist zwar die Gesamtzahl der Risiken zur Not ausreichend, aber die Unterschiede innerhalb der Gattung sind noch so bedeutend, daß das Durchschnittsergebnis offenkundig nur einen Mittelwert von sehr weit auseinanderliegenden, den Eigenschaften der einzelnen Risiken angepaßten, aber nicht statistisch ermittelbaren Grenzwerten entspricht.

4. Bei der Schnellebigkeit unserer Zeit ist bei manchen Risikenarten das, was in der Vergangenheit als Norm gelten konnte, nicht mehr als Norm für die Zukunft anzusehen, weil sowohl die objektiven wie die wirtschaftlichen Verhältnisse sich rasch und erheblich ändern. Die während einer längeren Beobachtungszeit eintretenden Änderungen im Charakter einer Risikenart sind übrigens auch ein Grund dafür, daß die unter 1 genannte Ausdehnung der Beobachtungszeit den Mangel an Risikenzahl oft nicht hinreichend auszugleichen vermag.

5. Es lassen sich manche Umstände, wie z. B. Ordnung, Sauberkeit, subjektive Verhältnisse u. dgl. statistisch kaum erfassen.

Auch dieser Mangel einer schematischen sonst gut ausgebildeten Statistik wäre nicht unerträglich, weil wir im großen und ganzen schon zufrieden sein könnten, Erfahrungen und Resultate zuverlässiger Art für solche Fälle zu haben, die dem Durchschnittszustande der Risiken in den gedachten Hinsichten entsprechen. Die Mehrzahl der Risiken wird auch von dem Durchschnittszustande nicht allzusehr abweichen. Ausnahmsweise schlechte Verhältnisse aber rechtfertigen auch eine nur gröbere schätzungsweise ziffernmäßige Berücksichtigung.

Die hier geschilderten Verhältnisse treten nun ganz besonders bei den industriellen Versicherungen hervor; diese Versicherungen aber wiederum sind für das heutige Versicherungsgeschäft von ganz außerordentlicher Tragweite, denn mit der industriellen Entwicklung der Kulturländer, besonders aber unseres deutschen Vaterlandes, ist, sowohl was Versicherungssummen wie Schadenbeträge betrifft, vornehmlich aber in Hinsicht auf letztere, das industrielle Versicherungsgeschäft geradezu von ausschlaggebender Bedeutung für die wirtschaftliche Gesundheit vieler Versicherungsunternehmungen geworden.

Um so mehr muß trotz aller Erkenntnis mancher Unzulänglichkeit der üblichen einfachen Statistiken bei vielen industriellen Risiken danach gestrebt werden, die Prämie tatsächlich zu einem möglichst exakten Ausdruck der obwaltenden Gefahr zu machen.

Die statistischen Resultate, die man bisher aus Versicherungssummen, Prämieneinnahmen und Schadenausgaben gewonnen hat, werden nun zu einem brauchbaren Hilfsmittel bei der Prämienbemessung, wenn man sie in Verbindung bringt mit der Erforschung der Gefahrquellen, insbesondere aber, wenn man das Gewicht der ein-

zelnen Gefahrenmomente bei jeder einzelnen Risikenart durch Wertung der gemachten Erfahrungen festzustellen sucht. Hierzu ist freilich eine Brandursachenstatistik nebenher erforderlich, die nach Risikenarten aufgemacht ist. Es wird von einer solchen noch zu reden sein. Auf diese Weise würde man auch dazu gelangen, das, was einer speziellen Risikenart an Zahl der Risiken abgeht, soweit als dies überhaupt möglich ist, dadurch auszugleichen, daß man sie mit gefahrentechnisch augenscheinlich gleichartigen anderen Risiken zusammengruppiert, und man würde dann an Hand der Statistik sehr wohl zu Regeln für eine befriedigende individuelle Prämienbestimmung bei den einzelnen Risiken kommen.

So tritt die auf der Wägung im wesentlichen technischer Vorgänge und Zustände beruhende Gefahrenbeurteilung also in die Lücken, die die schematische Statistik aufweist. Damit ist die Gefahrenbeurteilung an sich wichtig genug, um, wie es heute der Fall ist, als besondere Disziplin unseres Fachs mit Eifer und Interesse gepflegt zu werden. Hinzu kommt noch, daß uns die Gefahrenbeurteilung die wesentlichste Stütze ist, um Meidung und Unterdrückung von Bränden zu fördern. Die Technik der Meidung und Unterdrückung von Bränden ist aber volkswirtschaftlich von der größten Bedeutung und auch für die Privatwirtschaft der Feuerversicherung keineswegs nebensächlich, denn je mehr wir durch eine gute Technik der Meidung und Unterdrückung die Ungleichmäßigkeiten in den Gefahren der einzelnen Risiken und Risikenarten vermindern, desto mehr wird die exakte Prämienbestimmung erleichtert und desto einfacher also der Geschäftsbetrieb der Feuerversicherungsunternehmungen.

Unter der Gefahrenbeurteilung einer Risikenart, nach Befinden auch eines einzelnen Risikos, versteht man, wissenschaftlich genommen, die Ermittelung der einzelnen Gefahrenelemente. Wenn man von den subjektiven Momenten, die allerdings auch für eine ganze Risikenart in gewissem Umfange eine gemeinschaftliche Charakteristik bilden können, hier absieht, so würden als objektive Gefahrenmomente zu nennen sein:

die Gefahr des Brandausbruchs,
die Gefahr der Brandintensität,
die Gefahr des Brandumfangs und
die Gefahr der Schadenhöhe.

Die Gefahr des Brandausbruchs kann man auch als Gefahr der Brandhäufigkeit bezeichnen; sie steht für sich den anderen Gefahrenelementen, besonders der Gefahr des Feuerumfanges und der Schadenhöhe gegenüber, die zusammen die Folgen des Brandausbruchs umfassen. Eine richtige Erkenntnis der Gefahrenelemente ist natürlich geknüpft an die Wägung des Einflusses des einzelnen Gefahrenelements auf die Gesamtgefahr. Der Zusammenhang der Gefahrenanalyse mit der Statistik und der Prämienbestimmung und die daraus herzuleitenden Aufgaben zeigen sich nun in sehr eindrucksvoller Weise, wenn man den Betrachtungen eine einfache Formel für die Bestimmung des Schadenpromillesatzes zugrunde legt, die sich in folgender Weise ergibt:

es bezeichne:

h die Zahl der auf 1000 Risiken einer bestimmten Risikengattung jährlich entfallenden Brände; das ist die Brandhäufigkeit;

q den Bruchteil der Versicherungssumme, oder auch des Versicherungswertes, wenn man ihn im voraus kennen würde, welcher bei einer gewissen Beschaffenheit der Risiken als Schadenbetrag bei einem Brande zu vergüten ist bzw. vergütet wurde; das ist die Schadenquote.

Hierbei kann man sich der Einfachheit halber zunächst vorstellen, daß es sich um in jeder Beziehung gleichartige Risiken handelt und um einen bei den verschiedenen Bränden gleichartigen Schadenverlauf; oder man kann die Größe q als Mittelwert der beobachteten Schadenanteile von den Versicherungssummen betrachten.

Wenn auf 1000 Risiken jährlich h Brände kommen, so würde bei jeweiligem Totalschaden h das Schadenpromille sein; da nun aber der Schaden in der Regel nicht die volle Versicherungssumme absorbiert, sondern nur einen Bruchteil derselben, ergibt sich ohne weiteres für den jährlichen Schadenpromillesatz, den wir mit p_s bezeichnen wollen, die Gleichung

$$p_s = h\,q$$

Diese Gleichung kann man im Prinzip dazu benutzen, bei statistisch festgestellter Brandhäufigkeit einer Risikengattung den Schadenpromillesatz eines speziellen Risikos individuell mit relativ hoher Genauigkeit zu bestimmen, wenn man imstande ist, die Schadenquote zuverlässig zu schätzen, was darauf hinauskommt, daß man sich die ganze Risikengattung aus lauter gleichen Risiken bestehend denkt wie der speziell zur Beurteilung vorliegende, und die Durchschnittsschadenquote schätzt. Diesen Weg hat *Himmelheber,* Direktor der Hamburger Feuerkasse, in seiner wertvollen Arbeit über „Die Grenze der Möglichkeit einer exakten Prämienberechnung in der Immobiliar-Feuerversicherung“, Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft, Band VIII vom Jahre 1908 Seite 419 ff. beschritten, indem er darin auch eine statistische Feststellung der Brandhäufigkeit anregte. Die praktische Durchführung des Verfahrens, die bei Gebäuden relativ noch am leichtesten sein dürfte, begegnet aber der sehr erheblichen Schwierigkeit der freien Schätzung der Größe q. Man kann wohl sagen, daß auch ein geübter Versicherer diese Größe nur schätzen kann, wenn er als Basis dafür Erfahrungen besitzt. Diese Erfahrungen werden aber schwerlich anders gewonnen als durch statistische Betrachtungen. Wenn es sich um bewegliche Gegenstände handelt, wächst die Schwierigkeit der freien Vorausschätzung des Wertes q, so wie er hier aufgefaßt werden muß, ganz beträchtlich. So bestechend die Gleichung für den Schadenpromillesatz in der oben angegebenen Form also ist, weil sie uns anscheinend auf eine sehr einfache statistische Grundlage der Prämienbestimmung hinweist, darf man sich doch darüber nicht täuschen, daß bei der Anwendung in der Praxis der Versicherung von Gebäuden und Inhalt bei industriellen Risiken



doch wieder die statistische Aufzeichnung von Versicherungssummen und Schadenbeträgen erforderlich würde. In der einfachen Formel, die zur Erläuterung der Prinzipien der Prämienfestsetzung sehr geeignet ist, stecken die Größen, die sonst in unseren schematischen Statistiken enthalten sind, ohne daß man es sofort sieht. Die nachstehend algebraisch dargestellten Beziehungen zwischen den in Betracht kommenden Größen beweisen das; sie bedürfen keiner besonderen Erklärung.

Es bezeichnen, abgesehen von den schon bekannten Benennungen:

n die Zahl der Risiken (gleichartige) einer Gattung,
v die mittlere Versicherungssumme für ein Risiko,
z die Zahl der im Jahresdurchschnitt auf n Risiken entfallenden Schäden,
D den Gesamtbetrag für die z Schäden.

$$\frac{n \cdot v}{1000} p_s = D = z v q$$

also

$$p_s = \frac{z}{n} \cdot q \cdot 1000$$

Vorausgesetzt muß dabei allerdings werden, daß die durchschnittliche Versicherungssumme der von Schäden betroffenen Risiken ungefähr gleich ist der Durchschnittsversicherungssumme aller versicherten Risiken der statistischen Gruppe.

Da nun

$$\frac{z}{n} \cdot 1000 = h$$

$$p_s = h q$$

Zur Vervollständigung der theoretischen Betrachtungen und zur Anregung eines Ausbaues der Statistik in wissenschaftlicher Hinsicht sei nun aber noch bemerkt, daß man für die Bestimmung der individuellen Prämie eines Risikos sehr wohl eine nicht allzu schwierig zu gewinnende statistische Grundlage, die auf der oben genannten einfachen Formel beruht, beschaffen könnte. Wird für jedes Risiko bei der Aufnahme in die Statistik die maximale Schadenquote festgestellt, welche der sachkundige Beurteiler schlimmstenfalls bei einem Brand erwartet, eine Schätzung, die man bekanntlich der Rückversicherung wegen bei jeder Versicherung ohnehin vornimmt, wird dann weiter aus der Gesamtheit der für die einzelnen Risiken angenommenen maximalen Schadenquoten die mittlere vorausgeschätzte Maximalschadenquote der betreffenden Risikenart festgestellt (sie heiße q_m)[1]) und weiterhin die im Einzelfalle vorausgeschätzte Schadenquote mit q_e

---

[1]) Das Verhältnis $\frac{q}{q_m}$, d. h. der statistisch festgestellten wirklichen mittleren Schadenquote zu der nach Vorausschätzung bestimmten mittleren Schadenquote, welches gewöhnlich kleiner als 1 sein wird, gibt übrigens den mittleren Einfluß der Lösch- und Rettungsarbeiten in gewissem Grade wieder.

bezeichnet, so ist der Schadenpromillesatz, welcher sich für das individuell zu beurteilende Risiko ergibt, es heiße p_e, aus dem der Risikengattung entsprechenden Durchschnittsbetrag p_s, der durch Erfahrung schon bekannt sein mag, zu ermitteln durch die Gleichung

$$p_e = p_s \frac{q_e}{q_m}$$

Eine wesentliche Vervollkommnung wäre dabei noch zu erzielen, wenn der Einfluß der großen Schäden, der, wie später noch gezeigt werden soll, ausschlaggebend sein kann, für sich berücksichtigt würde, wozu allerdings erforderlich wäre, für jede Risikenart die Schäden in größere Wertgruppen zu teilen und den Anteil jeder Gruppe an der Zahl und am Gesamtbetrag aller Schäden zu bestimmen.

Auf breiter Basis beruhende statistische Grundlagen der erörterten Art stehen den Feuerversicherern der Gegenwart noch nicht zur Verfügung, und somit sind wir einer wissenschaftlich genauen Prämienbestimmung um so weniger nahe, als auch noch mancherlei Einwände gegen die Übertragung der unter vereinfachenden Voraussetzungen angestellten theoretischen Erörterungen auf die alltäglichen praktischen Versicherungsverhältnisse erhoben werden könnten, auf die hier aber nicht erst eingegangen werden soll, da sie jeder leicht finden kann.

Es mag nun darauf hingewiesen werden, daß der Begriff des „Risikos" verschieden aufgefaßt werden bzw. daß man das voraussichtlich größte Bereich einheitlicher Gefahr je nach den Ansichten über Trennungen und Nachbargefahr verschieden begrenzen kann, und ferner, daß z. B. der Umfang eines Betriebes hinsichtlich der Gefahr der Brandentstehung prinzipiell nicht gleichgültig ist. Wenn 5000 Arbeiter innerhalb eines Feuerbereiches bzw. eines Risikos vorhanden sind, wird die Brandhäufigkeit nicht dieselbe sein wie bei Risiken gleicher Gattung, in denen nur 100 Arbeiter tätig sind. Die Grenze h ist streng genommen eine Funktion des Betriebsumfanges. Das statistisch zu erfassen, würde vielleicht nicht ganz unmöglich sein, ist aber mindestens schwierig, zum Teil berücksichtigt man ja den Betriebsumfang schon in den Tarifen, worauf später noch zurückzukommen sein wird.

Trotzdem können die theoretischen Prinzipien für uns schon jetzt von großem Wert sein, wenn wir den in ihnen liegenden Anregungen bei der Gefahrenbeurteilung Beachtung schenken.

Die Brandhäufigkeit hängt ab von einer ganzen Reihe Einzelumstände, denn die Brandursachen sind bekanntlich sehr mannigfacher Art. Es ist gewiß von großem Wert, wenn wir erkennen können, nicht nur welche Brandursachen bei einer Risikenart vorkommen, sondern welche Bedeutung für die Größe der Gesamtgefahr die einzelne Ursache oder eine Ursachengruppe hat. Die in Frage kommenden Möglichkeiten eines Brandausbruchs können wir zwar auf Grund technologischer und feuerversicherungstechnischer Schulung im allgemeinen voraussagen, ohne jedoch immer die Sicherheit



zu haben, daß uns wichtige Umstände nicht entgehen, aber wie sich die einzelnen Möglichkeiten beim praktischen Schadenverlauf wirklich betätigen werden, das läßt sich schwer voraussehen, ist vielmehr Sache der Erfahrung und kann, wenn diese noch fehlt, höchstens auf Grund von Analogieschlüssen, die sich auf Risikenarten beziehen, deren Gefahrenverhältnisse erforscht sind, vermutet werden. Deshalb ist es für die Entwicklung der Gefahrenbeurteilung und des Tarifwesens von großer Wichtigkeit, daß sowohl jeder einzelne Feuerversicherer, als aber auch vor allen Dingen die Gesamtheit der Feuerversicherungsunternehmungen die praktischen Ergebnisse bei Bränden aufmerksam verfolgen, und daß die dabei gemachten Beobachtungen aufgezeichnet, systematisch geordnet und wissenschaftlich verwertet werden, so daß im praktischen Geschäftsbetriebe ohne weiteres von den Erfahrungsresultaten Gebrauch gemacht werden kann.

Die planmäßige Aufzeichnung der Beobachtungen bei Bränden, und zwar zunächst hinsichtlich ihrer Ursachen, ihrer Ausbreitung usw., ist aber nichts anderes als die Führung einer Brandursachenstatistik, die jedoch nach Risikengattungen aufgenommen werden müßte, und mit der man ohne allzu große Schwierigkeiten auch noch die Lösung anderer Aufgaben verbinden könnte. Zu letzteren würde die Feststellung der überhaupt vorhandenen Risikenzahlen zur Ermittlung der Brandhäufigkeit, also unserer Größe h, gehören. Aus einer solchen zweckmäßig eingerichteten Brandursachenstatistik würden wir auch bis zu einem gewissen Grade erkennen können, aus welchen einzelnen Gliedern sich die Gesamtzahl der Brandhäufigkeit zusammensetzt, denn wenn wir z. B. wissen, daß von 100 Bränden überhaupt eine gewisse Anzahl Brände auf eine bestimmte Betriebsmanipulation, auf eine bestimmte Fabrikeinrichtung entfällt, so würden wir, wenn auch nicht absolut genau, so doch immerhin bis zu einer gewissen oberen Grenze feststellen können, wie sich die Brandhäufigkeit vermutlich gestalten würde, wenn ein bestimmtes Gefahrenmoment ausgeschaltet wird, bzw. fehlte. Dann hätte man auch einen Anhalt für den ziffernmäßigen Einfluß gewisser Gefahrenumstände, also für die Berechnung von Zuschlägen oder Nachlässen u. dgl.

Eine solche Statistik wird bei uns in Deutschland und auch wohl in den meisten anderen Ländern in vollkommen ausreichender, auf breiter Basis beruhender Weise leider noch nicht geführt, obwohl es eine ganz leichte Aufgabe wäre und auch ängstliche Gemüter sich davon überzeugen könnten, daß eine geschäftliche Schädigung mit der Bekanntgabe der Resultate an Konkurrenten nicht in Verbindung steht. Wohl aber werden von einzelnen Feuerversicherungsunternehmungen solche Statistiken allerdings meist aus besonderen Anlässen, für einzelne Risikenarten rückwirkend aufgenommen, und der einzelne Feuerversicherungsbeamte, der an seinem Fach Interesse hat, macht sich über derartige Dinge wohl auch Notizen, die sein Urteil im Laufe der Jahre wesentlich schulen.

Höchst anregend und nachamenswert sind nun die Brandursachenstatistiken, welche die National Fire Protection Association

in den Vereinigten Staaten führt, indem sie die Daten über alle zu ihrer Kenntnis kommenden Brände in anscheinend großer Vollständigkeit sammelt und die Ergebnisse von Zeit zu Zeit, wenn für die einzelne Risikenart hinreichendes Material vorhanden ist, veröffentlicht.

Diese Brandursachenstatistik der National Fire Protection Association unterscheidet, abgesehen von ermittelten und nicht ermittelten Ursachen bei Bränden, die allgemeinen Ursachen, d. h. solche, die mehr oder weniger überall vorkommen bzw. Einrichtungen betreffen, welche durchschnittlich in allen Fabriken usw. zu finden sind, und ferner Spezialursachen, d. h. solche, die charakteristisch für die einzelne Risikenart, für die stattfindenden technologischen Prozesse usw. sind, also das umfassen, was man bei uns häufig als die eigentliche Betriebsgefahr ansieht. Vervollständigt wird die Statistik in keineswegs unbedeutender Weise dadurch, daß sie nicht nur nach den Ursachen, sondern auch nach Lokalitäten geführt wird, denn selbst wenn man die letzten Ursachen eines Brandes nicht kennt, wird man über die Gefahrenverhältnisse doch gut aufgeklärt, wenn man die Räume bzw. diejenigen Betriebsstationen kennt, in denen die Brände mehr oder weniger oft ausbrechen. Die Amerikaner vervollständigen die Statistik dann noch in Beziehung auf die Wirkung des Sprinklerschutzes, Entdeckung der Brände usw., doch soll hierauf nicht näher eingegangen werden. Was bei derartigen Statistiken ungefähr herauskommt, das mögen die nachstehend angeführten Beispiele einer Brandschadenstatistik der Baumwollspinnereien und einer Brandschadenstatistik der Metallbearbeitung beweisen.

Tabelle 1.

Statistik der Brandursachen in der Baumwollen-Industrie (Spinnerei und Weberei) in den Vereinigten Staaten.[1])

Zahl der beobachteten Brände	4510
Hiervon in ihrer Ursache unermittelt	138
Auf Ansteckung durch Nachbarschaft zurückzuführen	8
Auf Brandstiftung zurückzuführen	21
Auf ermittelte allgemeine und besondere Ursachen zurückzuführen	4293

Allgemeine Ursachen:	Brände	= % der ermittelten
Beleuchtung	163	3,8
Heizung	6	0,1
Kraftanlagen (ausschl. Kessel)	108	2,5
Dampfkessel	32	0,7
Kehrricht u. dgl.	16	0,4
Öliges Material	19	0.4
Rauchen	12	0,3
Blitz	61	1,4
Lokomotivfunken	4	0,1
Zündhölzer am Fußboden	153	3,6
Verschiedene	19	0,4
zusammen	593	14

[1]) Nach Quarterly of National Fire Protection Association Bd. 2 S. 462 ff.

Spezielle Ursachen:			
Entzündung von Rohstoff (Ballen usw.)		58	1.4
Baumwolltransportanlagen		199	4.6
Trocknerei		115	2.7
Öffner usw. Vorbereitungsmaschinen		2251	52.5
Staubkammer-Sammlerbetrieb		21	0.3
Krempelei	106	149	3.5
Streckerei	43		
Vorspinnerei (Flyer) und Spinnerei		562	13.2
Fadenklaub-Maschinen		55	1.3
Zwirnerei, Spulerei, Weiferei		18	1,8
Weberei		81	1.9
Appretur		35	0.8
Selbstentzündung gefärbter Ware		56	1.3
Abfallbrände in den Verwahrräumen		68	1.6
Verschiedene Ursachen einschl. Selbstentzündung		32	0.7
zusammen		3700	86
Ausbruchsort der Brände:			
Lagerungsräume bzw. nicht zur Fabrikation dienende Räume		88	2
Kesselhaus	28	70	1,6
Maschinenhaus	19		
Seilhaus, Riemengänge	23		
Trocknerei		87	87
Färberei		88	2
Mischerei und Battage		2574	59
Krempel- und Fleyersaal		479	11
Feinspinnerei		389	9
Weberei		125	3
Appretur		92	2
Staubkammern		115	3
Abfallhäuser und -räume		105	2
Verschiedene		91	2.1

Tabelle 2.

Statistik der Brandursachen in Metallbearbeitungsbetrieben in den Vereinigten Staaten.[1])

Zahl der beobachteten Brände	818
Hiervon in ihrer Ursache unermittelt	186
„ durch Nachbarbrände	19
„ durch Brandstiftung	12
„ auf ermittelte allgemeine und spezielle Ursachen zurückzuführen	691

Allgemeine Ursachen:	Brände	= % der ermittelten
Beleuchtung	33	5.4
Heizung	16	2.6
Kraftanlagen	34	5.6
Dampfkessel	49	8,1
Abfall, Kehricht	39	4.5
Ölige Stoffe, Putzmaterial	72	11.9
Rauchen	18	8.9
Blitz	12	1.9
Lokomotivfunken	19	3.1
Verschiedene	22	3.6
zusammen	305	51

[1]) Nach Quarterly of National Fire Protection Association Bd. 1 Nr. 3 S. 136ff.

Spezielle Ursachen:		
Öllagerung	1	0,1
Säurelagerung	4	0,6
Abbrennen mit Säure	3	0,5
Eisenspäne und Öl	3	0,5
Schmiedefeuer und Schmieden	22	3,7
Heiße Metallstücke	5	0,8
Ölfeuerung für Betriebsöfen	11	1,8
Glüh- und Härteöfen, Emaillieröfen u. dgl.	48	7,9
Verzinnungsöfen	7	1,1
Walzwerke u. dgl.	3	0,5
Schweißen und Löten	10	1,6
Ölbäder zum Anlassen bzw. Härten	14	2,3
Lackierereien, Anstreichereien einschl. Tauchverfahren usw., Lackieröfen u. dergl.	73	11,9
Schleifen und Polieren	29	4,8
Benzinwäscherei	15	2
Gasbrenner für Werkstättenarbeiten	4	0,6
Leimkocher	2	0,3
Sägemehl (zum Trocknen, Reinigen)	5	0,8
Trockenanlagen für Holz	10	1,4
Verschiedene	27	4,5
zusammen	296	49
Ausbruchsort der Brände:		
Lager und nicht zur Fabrikation dienende Räume	110	16,5
Kesselhäuser	57	9
Maschinenhäuser	28	4
Öllager	13	2
Schmiede u. dgl.	48	7
Emaillier-, Temper- und Härteräume	45	6
Walzerei und Drahtzieherei	13	2
Verzinnerei	10	1,5
Maschinenwerkstätten und allgemeine Metallbearbeitung	77	12
Lackierwerkstätten usw.	94	14
Schleif- und Polierwerkstätten	39	6
Modell-, Schablonen- und Werkstattlager	17	2,5
Trockenräume (besonders auch für Holz)	12	1,8
Dachgeschosse	18	2,7
Verschiedene Nebenbetriebe	85	13
zusammen	666	100

Die Statistik der Brände in Baumwollspinnereien bezieht sich, da auch von Trocknereien und Färbereien die Rede ist, offenbar auf Baumwollspinnereien jeder Art, also auch auf die Imitatspinnerei, Vigognespinnerei, Abfallspinnerei und dergl., die man häufig auch als besondere Risikengruppen betrachtet. Mit den Spinnereien sind häufig auch Webereien verbunden gewesen; die Statistik hat also prinzipiell den Mangel einer nicht hinreichenden Spezialisierung, aber trotzdem ist sie lehrreich und wertvoll genug. Die allgemeinen Ursachen der Brandentstehung treten nach dieser Statistik bei der Baumwollindustrie, vor allen Dingen soweit es sich um Spinnereien handelt, gegenüber den speziellen Ursachen, also denjenigen, für die der Betrieb verantwortlich zu machen ist, zurück. Die Betriebsgefahr herrscht vor. Bemerkenswert ist bei den allgemeinen Ursachen die Zahl der Brände durch Beleuchtung, durch Kraftanlagen und durch am Fußboden herumliegende Zündhölzer; letzteres ist allerdings spezifisch

amerikanisch. Bei den Kraftanlagen sind natürlich nicht nur die Kraftmaschinen, sondern auch die Transmissionen in den Arbeitssälen usw. gemeint. Auf die genannten drei Ursachengruppen zusammen fallen fast drei Viertel aller Brände, die aus allgemeinen Ursachen entstanden sind. Bei den aus speziellen Ursachen entstandenen Bränden finden wir die Bestätigung der alten Erfahrung, daß die Vorbereitungsbetriebe der Baumwollspinnerei besonders gefährlich sind. Auf die sogenannte Battage und Mischerei sowie die zugehörigen Transportanlagen entfallen nicht weniger als 57 % aller Brände überhaupt, während auf den eigentlichen Spinnereibetrieb, Krempelei eingeschlossen, nur 16,7 % kommen.

Die Statistik der Brände in der Metallindustrie erstreckt sich auf die verschiedensten hierher gehörigen Betriebszweige, darunter auch die Maschinenfabriken, Gewehrfabriken, Drahtfabriken usw., aber nicht auf Gießereien; sie umfaßt eine recht große Anzahl Schäden und bestätigt vollauf das, was ein aufmerksamer deutscher Beobachter aus den Erfahrungen, die bei der Versicherung von Risiken der Metallindustrie in Deutschland gemacht worden sind, ebenfalls schließen kann, wenn schon solche ziffernmäßigen Feststellungen, wie man sie bei der amerikanischen Statistik findet, in Deutschland noch nicht vorliegen und man auch natürlicherweise die amerikanischen Verhältnisse nicht ohne weiteres mit den deutschen identifizieren kann. Zunächst ist von Interesse, daß die Brände aus Ursachen allgemeiner Art und die Brände aus sogenannten Spezialursachen in ihrer Bedeutung der Zahl nach annähernd gleich sind. Auf der einen Seite ist hieraus die Lehre zu ziehen, daß das Vorwiegen unverbrennlicher Betriebsmaterialien keineswegs gestattet, auf die allgemeinen Sicherheitsmaßnahmen bei derartigen Fabriken weniger Wert zu legen wie bei Betrieben, die sonst im Ruf größerer Gefahr stehen. Anderseits zeigt sich aber auch in Hinsicht auf die Schäden, die mit Betriebsvorgängen zusammenhängen, daß die Metallbearbeitungsindustrie doch eine viel größere Anzahl Gefahrenquellen aufweist, als mitunter geglaubt wird. Unter den allgemeinen Ursachen fallen die keineswegs unwesentlichen Prozentsätze auf, mit denen Beleuchtung, Kraftanlagen und ölige Stoffe an den Brandursachen beteiligt sind.

Von den Bränden, die durch Betriebsvorgänge hervorgerufen sind, erscheinen besonders wichtig diejenigen, die durch Schmiedefeuer-, Glüh-, Härte- usw. Öfen bedingt waren, und die zusammengerechnet einen Anteil von 11,6 % der Gesamtzahl der Brände ausmachen. Ferner ist hervorzuheben der durch die Lackierereien, Lackieröfen und dergl. bedingte Prozensatz von 11,9 %. Die Ölbäder, die zum Härten gebraucht werden, treten mit 2,3 % der Brandentstehungsursachen auf, Schweißen und Löten sind mit 1,6 % vertreten. Das ist im Hinblick darauf, daß es sich doch um Feuerarbeiten handelt, nicht viel, aber die Statistik stammt aus dem Jahre 1909, und wir werden uns sagen müssen, daß mit der sich immer mehr ausbreitenden Anwendung der autogenen Schweiß- und Schneidverfahren dieser Prozentsatz sehr wohl mit der Zeit steigen könnte. Die 4,8 % Brände, welche durch die Schleiferei, Poliererei usw. entstanden

sind, bestätigen die Berechtigung der ungünstigen Beurteilung, welche die Feuerversicherung diesen Teilbetrieben angedeihen läßt, und wenn schon der Prozentsatz der Brände, die durch das Waschen von Metallteilen mit Benzin hervorgerufen wurden, mit 2 % nicht gerade bedenklich hoch erscheint, so ist er doch immerhin ein Zeugnis dafür, daß man alle Ursache zur Vorsicht hat. Recht lehrreich ist weiter gerade bei der Metallindustrie die nach dem Entstehungsort aufgestellte Statistik der Brände, denn wenn 11,5 % aller Brände in Räumen, die zur Lagerung und nicht zur eigentlichen Fabrikation dienen, entstanden sind, so widerspricht dies sehr dem Optimismus, den man häufig bei der Beurteilung der Risiken findet. Ebenso ist dies der Fall bei den Bränden, die in den Werkstätten für Werkzeugmaschinen und für die eigentliche Metallbearbeitung auf mechanischem Wege und mit Handbetrieb, also auch in den Schlossereien, Montageräumen usw., vorgekommen sind, denn ein Betrag von 12 % dürfte für manchen Feuerversicherer doch ein überraschendes Resultat darstellen. Daß 14 % aller Brände in den Räumen ausgebrochen sind, die zu Lackiererei- und Anstreichereibetrieben dienen, ist übrigens auch recht bedeutsam, wenn schon man gewöhnt ist, diese Betriebe als solche von besonderer Gefahr anzusehen. Die Brände in Modellschreinereien, Zimmereien usw. sind anscheinend nicht wesentlich, man muß aber bedenken, daß die Gießereien nicht mit in der Statistik enthalten sind, und daß von den in der Statistik enthaltenen Betrieben so mancher überhaupt keine eigene Holzbearbeitung von Bedeutung aufweisen dürfte.

Es bedarf wohl keiner Erwähnung, daß erst durch derartige Zusammenstellungen und Betrachtungen eine wirkliche Kritik der Gefahrenverhältnisse der Risikenarten möglich wird. Man erkennt, besonders wenn bei dem Einzelfall auch noch der Schadenverlauf kurz beleuchtet wird, ob ein Gefahrenumstand wirklich von ausschlaggebender Bedeutung ist oder nicht, und oft wird sich zeigen, daß nicht der eigentliche Fabrikationsprozeß die wesentliche Ursache der Brandentstehung ist, sondern Umstände, auf die so mancher Feuerversicherer bei der Beurteilung einer Risikenart gar nicht das Schwergewicht zu legen geneigt ist. Vorurteile, seien sie nun optimistischer oder pessimistischer Art, werden durch planmäßig gesammelte Erfahrungen zerstreut und bei manchen Tatsachen wird eine ungeahnte Tragweite festgestellt. Kleine Ursachen große Wirkungen heißt es oft genug in der Feuerversicherung. So erkennen wir die ausschlaggebende Bedeutung der Packereien, der Läger verpackter Waren und der Packmaterialien bei Glasfabriken, die wirkliche Selbstentzündungsgefahr gewisser Betriebe, den Einfluß von Zerkleinerungsanlagen und Trockeneinrichtungen in chemischen Fabriken u. dgl. mehr. Der Blick für die Gefahrenbeurteilung aber wird noch erweitert, wenn man die bei verschiedenen Risikengattungen gewonnenen Resultate der Brandursachenstatistik usw. nebeneinanderstellt. In dieser Hinsicht ist die nachstehend wiedergegebene, auf Grund amerikanischer Einzelstatistiken angefertigte Zusammenstellung über die Verteilung der Brände auf allgemeine und spezielle Brandursachen bei verschiedenen Risikenarten belehrend.



Tabelle 3.

Statistik der Brände aus allgemeinen und Spezialursachen bei verschiedenen Betriebsarten in den Vereinigten Staaten.[1])

	% der ermittelten Ursachen	
	allgemeine Ursachen	Spezial-ursachen
Warenhäuser	76	24
Sägewerke	65	35
Kistenfabriken	52	48
Möbelfabriken	42	58
Mahlmühlen	60	40
Schuhfabriken	45	55
Metallindustrie	51	49
Papierfabriken	51	49
Wagen- und Waggonfabriken	54	46
Buchdruckereien	33	67
Lack- und Farbenfabriken	30	70
Bleicherei, Färberei, Appretur	31	69
Hanfspinnereien, Seilereien	16	84
Baumwollspinnereien	14	86
Wollwarenfabriken, Spinnereien, Webereien	12	88
Baumwollabfall-Aufarbeitung	10	90
Kunstwollfabriken	8	92

Wir sehen aus dieser Tabelle, daß die Verteilung der Brandursachen nach den großen Gruppen allgemeiner Ursachen und Spezialursachen bei den verschiedenen Risikenarten sehr verschieden ist, wennschon, wie hier bemerkt sein möchte, sich nach umfangreicheren Beobachtungen ergibt, daß für industrielle Risiken im gewissen Durchschnitt die Spezialursachen und die allgemeinen Ursachen sich annähernd die Wage halten. Bei manchen Risikenarten, die man als schwer kennt, zeigt sich, daß die eigentlichen speziellen Betriebsvorgänge keineswegs bei den Brandentstehungen überwiegen, vielmehr behaupten die allgemeinen Ursachen ihre bedeutsame Stellung. Daß die allgemeinen Ursachen, z. B. bei Sägewerken, Kistenfabriken und Mahlmühlen so wesentlich sind, wie es die Tabelle veranschaulicht, wird mancher weniger erfahrene Feuerversicherer kaum vermuten, wennschon bei näherer Überlegung manche Erklärungen hierfür gegeben werden könnten, und vor allen Dingen wichtig ist, daß die allgemeinen Gefahren in ihrer Wirksamkeit doch auch von den Eigenheiten der Risikenarten abhängen. Bei den Buchdruckereirisiken und bei den Bleicherei- und Appretur- usw. Risiken könnten die Ziffern für die Spezialursachen überraschen, wenn man nicht bedenken würde, daß die Buchdruckereien im großen und ganzen gute Risiken zu sein pflegen, und daß bei ihnen ein sehr geschultes und genau arbeitendes Personal in Frage kommt, und daß die Verwendung feuergefährlicher Flüssigkeiten zu Reinigungszwecken im Betriebe sowie die betriebsmäßige Entstehung von Papierabfällen u. dgl. zur Entstehung der Brände nicht unbeachtlich beitragen, so daß die Belastung des Kontos der Spezialursachen einigermaßen erklärt wird. Bei der Bleicherei und Appretur usw. ist dagegen auf die Brände, welche in den Trocken-

[1]) Nach Insurance Engineering 1907 und Quarterly National Fire Protection Association, versch. Jahrgänge.

anlagen vorkommen, hinzuweisen, auf die Schäden beim Sengprozeß u. dgl. mehr.

Jedenfalls sieht man, daß das Überwiegen der Spezialursachen bei einer Risikenart dieser nicht immer den Charakter einer schweren Risikenart aufzuprägen braucht. Allerdings können wir auch feststellen, daß gerade bei denjenigen Risikenarten, die als besonders hoch in der Gefahr stehend bekannt sind, die Spezialursachen, d. h. die Betriebsgefahren vorherrschen. Das beweisen die Angaben über Lackfabriken, Spinnereien und andere Textilrisiken. So wenig man nun die Bedeutung der Betriebsgefahren unterschätzen soll, so falsch ist, das lehren uns die Tabellen auch, die krankhafte Anklammerung an das Wesen der Betriebsgefahr, wenn es sich um die Gefahrenbeurteilung handelt. Hierauf kann nicht entschieden genug hingewiesen werden, denn so mancher junge Feuerversicherer erschöpft sein Gutachten bei gewissen Risikenarten darin, daß er erklärt, der Betrieb biete zu besonderen Gefahren keine Veranlassung, und er vergißt die alte so bedeutsame Regel, daß der Feuerversicherer immer fragen muß, ob überhaupt etwas Brennbares da ist und ob überhaupt, unbeschadet der eigentlichen Fabrikation, Menschen und Einrichtungen vorhanden sind, die zur Entstehung von Feuer, wenn auch auf ganz unvorhergesehene Weise, Veranlassung geben können.

Selbstverständlich würden die Zahlen der Statistiken eine noch ganz andere Bedeutung bekommen, wenn man wüßte, wieviel bei jeder Risikenart Brände auf 1000 Risiken überhaupt entfielen. Es würde dann allgemeiner bekannt werden, daß sich bei manchen Risikenarten mit im allgemeinen günstig beurteilten Hauptbetrieben und von einer in der Hauptsache vorzüglichen Bauweise die Schäden so oft wiederholen, daß trotz relativ kleiner Schadenbeträge beim einzelnen Versicherungsfall die Prämienfrage ganz anders beurteilt werden muß, als es zu geschehen pflegt.

Damit mögen die vorstehenden Erörterungen vorläufig abgeschlossen sein und es mag nur noch ein Blick auf die Tarife der Feuerversicherungsunternehmen, so wie sie im allgemeinen bei uns sind, geworfen werden, um festzustellen, wie denn diese Tarife die Brandhäufigkeit, also unsere Größe h, zur Geltung bringen.

Die Brandhäufigkeit steckt in den gebräuchlichen Feuerversicherungstarifen in der Einteilung der Risiken nach ihrer Betriebsart, in den Prämienzuschlägen für Heizung, Beleuchtung, besondere Manipulationen u. dgl. Die für gleiche bauliche Verhältnisse usw. festgesetzten Prämien würden also in gewissem Sinne Vergleichszahlen für die Brandhäufigkeit sein; ganz zutreffend ist dies aber nicht, weil die Einteilung nach den Betriebsarten keine reine Einteilung nach der Gefahr des Brandausbruchs ist, sondern schon vorweg manche Tatsachen berücksichtigt, die Folgen des Brandausbruchs sind und besonders hinsichtlich der Ausbreitung der Brände und der ziffernmäßigen Höhe der Schäden sich geltend machen. Immerhin kann man wohl sagen, daß die Gefahr des Brandausbruchs ein wesentlicher Grund der Einteilung nach Betriebsarten ist.

So selbstverständlich es nun erscheint, daß es dem Feuerver-

sicherer nicht nur darauf ankommen kann, wie groß die Gefahr des Brandausbruchs, die Häufigkeit der Brände bei einer Risikenart ist, sondern daß für ihn wirtschaftlich in erster Linie die Wirkungen der Brände, nämlich die Ausdehnung des Schadenfeuers, der Umfang der Zerstörung, der Geldwert der Ersatzleistung, in Frage kommt, so unzureichend wird doch leider dieser zweite Punkt vielfach bei der Gefahrenbeurteilung in prinzipieller Hinsicht bewertet. Deshalb hat die Formel $p_s = hq$ einen bedeutsamen erzieherischen Wert. Die Bedeutung des Faktors q, also der Schadenquote, tritt, wenn man nur die vorhandenen Brandstatistiken betrachtet, in schlagender Weise zutage. Nach der Statistik des Preußischen statistischen Landesamts ergibt sich im großen Durchschnitt, daß die Schäden von 30 000 Mk. und darüber annähernd 38 % der Gesamtsumme aller in Preußen überhaupt geleisteten Schadenzahlungen ausmachen, obwohl die Zahl der Brände, welche mit Schäden von mehr als 30 000 Mk. verbunden sind, nur etwa 0,6 % der Gesamtzahl aller vorgekommenen Brände ausmacht. Die Schäden über 50 000 Mk. betragen ihrer Zahl nach nur 0,28 % aller vorgekommenen Schäden, sie absorbieren aber der Summe nach über 27 % des Betrages, der für alle überhaupt vorgekommenen Schäden gezahlt wurde.

Die Tabelle 4 veranschaulicht die in den Jahren 1902 bis 1911 einschließlich gemachten Erfahrungen.

Tabelle 4.

Die Brandschäden über 30 000 Mk. nach der Preußischen Statistik.[1])

Schäden	Anteil aller Schäden	Jahr									
		1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911
		%									
über 30 000 Mk.	der Zahl nach .	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,5	0,74
	der Summe nach	33,4	35,8	38,9	37,4	37,6	40,4	39,7	39,7	37,6	43,9
über 50 000 Mk.	der Zahl nach .	0.2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,13	0,2	0,44
	der Summe nach	22	25,5	29,3	28,4	27,4	30,1	28.8	24,3	26,9	33,4

Diese Zahlen sind, weil sie sich auf eine ganz allgemeine Statistik beziehen, von großer Bedeutung und sie finden eine Ergänzung in den Beobachtungen bei den industriellen Risikenarten.

Bei einer bestimmten Risikenart der Textilindustrie, über die eine Statistik vorliegt, welche, wenn nicht alle, so doch fast alle Etablissements umfaßt und eher zu günstig als zu ungünstig ist, betrugen für einen Zeitraum von sechs Jahren die Schäden über 100 000 Mk. etwa 7 % der Gesamtzahl aller vorgekommenen Schäden, aber die von diesen Bränden verschlungene Summe betrug über 74 % der überhaupt gezahlten Entschädigungen.

Das für die Gefahrenbeurteilung bei einer Risikenart wünschenswerte Erfahrungsmaterial wird erst vollständig, wenn wir auch Aufzeichnungen über die Höhe der Schäden im Verhältnis zu den Ver-

[1]) Zeitschrift des Kgl. Preuß. Statist. Landesamts. Statist. Korrespondenz div. Jahrgänge.

sicherungssummen der vom Feuer betroffenen Komplexe machen und wenn wir dabei alle diejenigen Momente berücksichtigen, welche für die Höhe des Schadens von Bedeutung waren. Diese Momente können zum Teil für die Risikenarten sehr charakteristisch sein. Im Prinzip würde es keine Schwierigkeit bereiten, bei Führung der Brandursachenstatistik, die uns, wie schon gesagt, auch Kenntnis über die Brandhäufigkeit, also über die Größe h, bringen würde, die Schadenquote mit zu berücksichtigen, denn es handelt sich dabei um Zahlen, die auf Feststellungen beruhen, welche bei der Schadenregulierung gemacht werden; allenfalls könnte höchstens in manchen Fällen, keineswegs in allen, die Frage eine Schwierigkeit bereiten, welchen Versicherungswert man für einen Komplex im einzelnen anzunehmen hat, wenn die Deklaration für mehrere Komplexe summarisch gemacht worden ist, aber hierüber dürfte hinweg zu kommen sein. Mit den ziffernmäßigen Angaben über die Schadenquoten würde man ohne weiteres ein Bild über die Häufigkeit der so verderblichen umfänglichen Schäden bekommen, und schließlich würde die Brauchbarkeit der gesammelten Erfahrungen noch wesentlich erhöht, wenn in einem Erläuterungsbericht zu der Statistik die Einzelheiten für jeden Fall angegeben würden, die auf die Höhe des Schadens von Einfluß waren, kurz gesagt, die Erfahrungen der Schadenregulierung würden in ihrem vollen Umfange nutzbar gemacht.

Die hier ausgesprochenen Wünsche werden auch durch die amerikanische Brandursachenstatistik, so wie sie veröffentlicht wird, nicht voll erfüllt und in Deutschland sowohl als auch in anderen Ländern kennt man eine Statistik fraglicher Art noch nicht, die nicht nur von dem einzelnen Feuerversicherer als privates Informationsmittel bearbeitet wird, sondern von einem größeren Kreis Interessenten. Vorläufig muß man also auf den Erfahrungen des Einzelnen fußen und das, was man durch fachmännische Überlegung findet, zur Beurteilung des Faktors q benutzen. Auf jeden Fall ist der Schwerpunkt der Gefahrenbeurteilung viel mehr, als es mitunter geschieht, auf die Gefahr des Schadenumfanges und der Schadenhöhe zu legen. Weil man dies in der Vergangenheit oft nicht getan hat, erleben die Feuerversicherer bei manchen Risikenarten, die eine geringe Betriebsgefahr, wie man es zu nennen beliebt, besitzen sollen, bei denen also die Ursachen der Brände nicht in den Hauptprozessen der Fabrikation begründet und überhaupt zum Teil nicht so offen zutage liegen, manche Enttäuschung. Schon seit einer Reihe von Jahren machen den Feuerversicherern die Riesenschäden in Maschinenfabriken und Metallbearbeitungsbetrieben überhaupt Kopfschmerzen. Trotzdem beschränken sich viele Beurteiler solcher Risiken ganz stereotyp auf die Ansicht: es handelt sich in der Hauptsache um Metallbearbeitung, also um nichtbrennbare Stoffe und Maschinen und mithin um einen Betrieb, bei dem Schäden wenig vorkommen und die Gefahr gering ist. Sie haben eben aus der Erfahrung nicht genug gelernt und das Vorurteil, daß die Gefahrencharakteristik in erster Linie von der Betriebsgefahr abhänge, beibehalten. Gewiß sind die fraglichen Risiken solche günstiger Art, aber nicht so günstig, wie es dem Laien scheint. Auch die Lederfabriken könnte man hier nennen. Leder ist wirklich nicht leicht

brennbar, gewiß ist auch, daß die Gefahr der Brandentstehung in den Naßbetrieben und vielleicht auch sonst, abgesehen von den Lohmühlen, gering ist, aber sieht man sich die Ergebnisse einer größeren Anzahl Schäden an, so kommt man zu dem Schluß, daß es nicht nur die Gefahr der Brandentstehung durch den Betrieb ist, die man bei der Einschätzung der Risikenart berücksichtigen muß, sondern daß die Ausbreitung des Feuers und die Vernichtung bedeutender Werte, besonders z. B. in den weitläufigen Trockenanlagen, auch wenn diese nicht besonders geheizt sind, den Ausschlag geben, auch wenn die Zahl der Brände gering ist, was übrigens bei Lederfabriken auch nicht zutrifft. Zuckerfabriken und Zuckerraffinerien sind auch Risikenarten, bei denen der Umfang der Schäden eine maßgebende Rolle spielt, und schließlich mögen noch die Mahlmühlen als interessantes Beispiel angeführt werden. Hinsichtlich der Brandhäufigkeit sind sie vermutlich gar nicht schlechter wie manche andere Risiken, dagegen durch eine außerordentliche Gefahr des Brandumfangs, der Schadenhöhe, also durch die Größe des Faktors q in unserer Gleichung, zu einer der schwersten Risikenarten gestempelt worden.

Für die Beurteilung der Gefahr der Brandausbreitung und der Schadenhöhe sind nun einige allgemeine Gesichtspunkte noch von besonderem Interesse, die aus der Fülle dessen, was sonst zu sagen wäre, hier herausgehoben werden sollen. Unmittelbar in die Augen springend sind die Wirkungen, welche die bauliche Disposition einer Fabrikanlage und die spezielle Ausführung der Bauten mit sich bringen. Für die Gefahr des Brandausbruchs ist unter sonst normalen Verhältnissen die Bauweise von etwas beschränkter Bedeutung. Sie macht sich vorwiegend hinsichtlich der Höhe des entstehenden Schadens geltend. Aus diesem Grunde spielen auch die Fragen der feuersicheren Trennungen, der Brandmauern usw. eine so erhebliche Rolle in der modernen Feuerversicherungstechnik. In der Gegenwart finden wir nun, und zwar nicht bloß auf Grund der Feuersicherheit, eine zunehmende Anwendung der sogenannten feuersicheren Bauweise. Unter feuersicherer Bauweise verstehen wir nach dem heutigen Stande der Technik eine solche, bei welcher nur unverbrennliche Baustoffe, also vor allem Stein und Eisen, verwendet werden, aber in der Form, daß das Eisen der Gefahr einer starken Erwärmung in zuverlässiger Weise entzogen ist, indem man es mit wärmeschützenden selbst feuerbeständigen Baustoffen umkleidet bzw. in die Mauermaterialien entsprechend einbettet. Von diesen feuersicheren Bauweisen kann der Feuerversicherer mit Recht eine Verminderung der Schadenquoten bei den einzelnen Risikenarten erwarten. Diese Verminderung wird keineswegs bei allen Risikenarten die gleiche sein, sondern sie hängt ab von der Gefahr der Intensität und der Dauer der Brände, die ihrerseits wieder von dem Charakter der Risikengattung, aber auch von lokalen Verhältnissen bedingt sind.

Wir dürfen nicht vergessen, daß auch die feuersichere Bauweise nicht vor Beschädigungen des Bauwerks vollkommen schützt, sondern im Durchschnitt diese Beschädigungen nur erheblich vermindert gegenüber der gewöhnlichen Bauweise, ohne daß in Einzelfällen, die

aber Ausnahmen bilden werden, auch einmal Katastrophen ausgeschlossen sind.

Der Inhalt der Gebäude wird durch die feuersichere Bauweise insoweit vor größeren Schäden bewahrt, als mit Hilfe der feuersicheren Baukonstruktionen eine feuersichere Trennung der Räume erzielt wird, so daß also der in einem Stockwerk entstandene Brand sich nicht auf das andere fortpflanzt usw. Auch wird die Bekämpfung der Inhaltsbrände und damit die Verminderung der Schäden erleichtert, weil Decken und Fußböden in feuersicheren Räumen erstens nicht mit in Brand geraten, wenn der Inhalt brennt, und zweitens auch vor Einsturz bewahrt bleiben, so daß die Löschmannschaft sich im Gebäude mit Sicherheit bewegen kann. Immerhin wird der Erfolg in der Verminderung der Schadenquote beim Inhalt im Durchschnitt ein geringerer sein als beim Gebäude, wenn man diejenigen Risikenarten ins Auge faßt, bei denen in erster Linie brennbare Rohstoffe und Fabrikate oder doch Betriebe in Frage kommen, bei denen neben unverbrennlichen Stoffen und Einrichtungen auch verbrennliche in erheblicherem Umfange vorhanden sind. Nicht zu übersehen sind bei der Schätzung der Schadenmöglichkeit die Schäden durch Rauch und vor allem durch Löschwasser, welches in großen Mengen auch durch feuersichere Decken dringt, wenn nicht ganz besonders gute Vorkehrungen dagegen getroffen sind.

Verhältnismäßig bedeutend wird die Herabminderung der Schadenquoten sowohl bei den Gebäuden wie beim Inhalt bei solchen Risikenarten sein, bei denen Ausdehnung und Wirkung der Brände vor allen Dingen auf der Brennbarkeit und Zerstörbarkeit der Gebäude beruhen, während der Inhalt selbst zum Brande wenig oder gar nicht beiträgt und nur durch sein Mitleiden die Schadenziffern beeinflußt.

Als Beispiel sind hier die Metallbearbeitungsbetriebe, die Werke zur Verarbeitung mineralischer nicht brennbarer Rohstoffe, darunter die Zementfabriken, zu nennen, und dabei ist auf die große Wichtigkeit der völlig unverbrennlich hergestellten Dächer hinzuweisen, die bei derartigen Risiken den Anforderungen der Feuersicherheit im strengsten Sinne nicht gerade zu genügen brauchen, indem die Eisenteile einer vollkommenen Umkleidung nicht bedürfen, wie überhaupt bei der Beurteilung der einzelnen Risiken nie vergessen werden darf, daß der Begriff der Feuersicherheit praktisch relativ aufgefaßt werden muß. Das macht sich aber nicht nur in dem Sinne geltend, daß bei der Möglichkeit nur geringer Brandwirkungen, besonders nur geringer Intensität und voraussichtlich kurzer Dauer des Brandes die Anforderungen an die Baukonstruktionen etwas geringere sein können, sondern auch in dem Sinne, daß bei der Möglichkeit sehr intensiver, lang anhaltender Brände selbst die besten üblichen feuersicheren Konstruktionen in gewissem Grade versagen können.

Wenn schon die moderne feuersichere Bauweise auf der einen Seite die Herabminderung der Schadenquote bewirkt, so haben wir auf der anderen Seite bei modernen Industriebauten häufig mit einer Vergrößerung der ein einziges Feuerbereich bildenden Räume zu rechnen, die der Entstehung großer Inhaltsschäden Vorschub leistet.

Die Grundflächen der einzelnen Arbeitssäle wachsen aus Betriebsrücksichten allzusehr, und ganz besonders sind manche Erdgeschoßbauten, sogenannte Sheds, von derartig riesenhafter Ausdehnung, daß gerade hierin ein außerordentlich schwerwiegendes Gefahrenmoment liegt, weil ein einziger Schaden einen Riesenverlust herbeiführen kann, der sonst nur durch eine größere Anzahl Schäden zusammen bedingt würde. Die Überschätzung der Shedbauten in der Vergangenheit ist in dieser Hinsicht entschieden ein Fehler; ganz besonders dürfen die Shedbauten dann nicht so optimistisch betrachtet werden, als es vielfach geschehen ist und noch geschieht, wenn auch noch die Dachkonstruktion ganz oder teilweise verbrennlicher Natur ist. Derartigen Bauten gegenüber kommen die mehrstöckigen feuersicheren Bauten entschieden zu schlecht weg. Selbstverständlich kann man die Vergleiche nur in der Weise anstellen, daß man die innerhalb eines Baues benutzte Grundfläche berücksichtigt.

Der praktische Feuerversicherer wird also im Interesse der Kleinhaltung der Schadenquoten auf angemessene Beschränkung der Raumgrundflächen dringen müssen. Die Unterteilung größerer Räume zur Herbeiführung der Beschränkung des Schadenumfangs braucht übrigens nicht immer und unbedingt durch Brandmauern zu erfolgen, schon Wände aus Glas und Eisen, z. B. Eisen und Elektroglas, die die Übersicht über den Betrieb immer noch in gewissem Maße ermöglichen, leisten guten Dienst. Das mindeste aber, was immer anzuwenden möglich ist, sind tief herabhängende Schutzstreifen an den Decken, welche aus Mauerwerk oder aus Glas und Eisen hergestellt werden können und die Verbreitung der Hitze nach der Decke hin aufhalten. Auf sonstige Einzelheiten der baulichen Anordnung zur Herbeiführung der Brandbeschränkung einzugehen, ist hier nicht der Ort; es sei auf die Ausführungen des Verfassers in der Schrift: Einführung in die Gefahrenbeurteilung industrieller Risiken und in dem Abschnitt Feuersicherheit des Handbuches für Eisenbeton, 2. Aufl. Bd. VIII verwiesen.

Die Wirkung der selbsttätigen Feuerlöschbrausen oder Sprinkleranlagen beruht weniger darauf, daß die Zahl der Brände an sich eingeschränkt wird, sondern in erster Linie darauf, daß der Umfang der Brände und die Zahl der katastrophalen Schäden überhaupt vermindert wird, wenn schon man im gewöhnlichen Leben von einer brandverhütenden Wirkung derartiger Einrichtungen spricht.

Ein besonders kritisches Moment bei der Einschätzung der Gefahr der Schadenhöhe bildet u. a. auch die mehr oder minder große Möglichkeit einer günstigen Bewertung geretteter und teilweise beschädigter bzw. durch die Wirkungen des Brandes beeinflußter Versicherungsobjekte, vor allen Dingen der Rohstoffe und Waren. Wir lernen die Eigenschaften der Versicherungsobjekte in dieser Hinsicht oft erst durch den Schadenverlauf richtig kennen, weil häufig Qualitätsverminderungen in Frage kommen, die man von Haus aus gar nicht ahnen kann, die oft genug etwas imaginärer Natur sein mögen, gegen deren Anerkennung und Entschädigung der Versicherer sich aber häufig nicht mit hinreichendem Erfolge wehren kann und die er daher von Haus aus bei der Beurteilung der Gefahr in angemessenem Umfange berücksichtigen muß.

Es ist aber auch klar, daß, sofern sich in solchen Fällen bei den Schadenregulierungen dank der Geschicklichkeit der Regulierungsbeamten Mittel und Wege gefunden haben, teilweise beschädigte Bestände der hier in Rede stehenden Art günstig zu verwerten, diese Erfahrungen allgemein nutzbar gemacht werden sollten, denn das liegt im allgemeinen Interesse nicht nur der Versicherer, sondern auch der reellen Versicherungsnehmer, und daher ist es eine dankbare Aufgabe, wenn auch in diesem Sinne die Ergebnisse der Brandschäden in Verbindung mit der Aufnahme von Brandursachenstatistiken u. dgl. verarbeitet werden.

In den modernen Tarifen der Feuerversicherer finden wir die Höhe der zu befürchtenden Schadenquoten zwar nicht unter diesem Namen, aber doch erkennbar berücksichtigt. Die verschieden abgestuften Stockwerkszuschläge, die Nachbarschaftsregeln, gewisse Wertzuschläge, die Abstufung der Prämie nach der Zahl gewisser Maschinen eines Betriebes, z. B. der Webstühle, der Mehlgänge u. dgl. mehr, sind hier zu nennen. Auch findet man schon Ansätze zur Berücksichtigung der Grundflächengrößen, die in Amerika viel gebräuchlich ist. In dieser Hinsicht sei noch hervorgehoben, daß es geradezu für gewisse Risikenarten ein Bedürfnis ist, den normalen Umfang der Feuerbereiche einer Risikenart festzulegen, denn nur für Risiken normalen oder mittleren Umfangs gilt eigentlich das, was wir durch die Erfahrung bisher hinsichtlich des Prämienbedarfs festgelegt haben, und abnormale Feuerbereiche bedingen auch abnormale Prämien. Es sei hier auch nochmals auf die bereits früher gemachte Bemerkung hingewiesen, daß auch die Gefahr des Brandausbruchs streng genommen vom Umfang des Feuerbereichs in gewissem Grade abhängt.

Die Rabatte für Löschschutz, für selbsttätige Feuermelder u. dgl. gehören ebenfalls zu den Tarifbestimmungen, welche mit der Schadenquote in Zusammenhang stehen.

Die Schadenhöhe ist bisher nur als verhältnismäßiger Betrag des auf ein Feuerbereich entfallenden Versicherungswerts betrachtet worden, die Gleichung zur Bestimmung des Schadenpromillesatzes aus der Brandhäufigkeit und der Schadenquote hat mit der absoluten Höhe des Schadens prinzipiell nichts zu tun. Trotzdem kann man an der absoluten Höhe des Schadens nicht achtlos vorübergehen. Der Ausgleich in einer Risikenart ist nur dann in hinreichendem Maße gegeben und läßt sich nur dann auf der Grundlage statistischer Beobachtung aufbauen, wenn die der Beobachtung unterzogenen Objekte hinreichend gleichmäßig sind. Zu dieser Gleichmäßigkeit gehört auch innerhalb gewisser Grenzen der auf das Risiko entfallende Versicherungswert. Wenn eine Risikengattung sich zusammensetzt aus einer großen Anzahl Risiken von einem Versicherungswert, der von einem gewissen Mittelwert nicht allzusehr abweicht, dann ist der Ausgleich jederzeit ein gesetzmäßiger. Tritt nun zu solchen Risiken ein neues hinzu von ganz außerordentlich großem Versicherungswert, bei dem also die Möglichkeit eines Schadens gegeben ist, der ein Vielfaches des sonst in der Risikengattung vorhandenen mittleren Versicherungswerts sein kann, dann ist der gesetzmäßige dauernde Ausgleich in

Frage gestellt und an Stelle der rechnerischen Grundlagen tritt der blinde Zufall; die Versicherung wird in gewissem Sinne zum Glücksspiel. Nun stellt man sich dem gegenüber allerdings vielfach auf den Standpunkt, daß der Versicherer annehmen müsse, das mit außerordentlichen Werten behaftete Risiko würde, wenn von seiner Größe nur eine hinreichend große Zahl vorhanden wäre, doch den Schadenpromillesatz rechtfertigen, welcher sonst bei Risiken mittleren Versicherungswerts erzielt worden ist, und es müsse an Stelle der Zahl der Risiken dann die Zeit treten, indem zu berechnen sei, innerhalb welcher Zeitdauer ein Risiko durchschnittlich einem Schaden anheimfalle. Das ist wohl in gewissem Umfange richtig, aber praktisch liegt doch die Sache so, daß der blinde Zufall es ganz anders fügen kann; erleben wir doch oft genug, daß ein Risiko in verhältnismäßig kurzer Zeit wiederholt von Bränden betroffen wird, oder daß innerhalb einer längeren Zeitperiode die Brände in hochbewerteten Risiken sich häufen. Es bleibt also in solchen Fällen das Spiel des Zufalls gegenüber der sonst obwaltenden mehr oder minder vollkommenen Gesetzmäßigkeit bestehen. Nun schützt sich zwar der praktische Feuerversicherer bekanntlich gegen unverhältnismäßige Verluste durch die Rückversicherung, aber in prinzipieller Hinsicht hat diese Maßnahme mit den hier angestellten Betrachtungen wenig zu tun, denn wenn man die Versicherung einer Risikenart vom allgemeinen Standpunkt betrachtet, so sind eben die Gesamtergebnisse aller Versicherungen einschließlich der Rückversicherung gemeint, und wenn man an dem Prinzip des Ausgleichs zwischen Schäden und Prämien innerhalb einer gewissen Risikenart festhält, so bleibt das Problem, wie ungewöhnliche Wertanhäufungen in einem Risiko zu berücksichtigen sind, trotz der Rückversicherung prinzipiell bestehen. In der Praxis sieht deshalb der Feuerversicherer eine Erhöhung der Gefahr als vorliegend an, wenn die Möglichkeit vorliegt, daß außerordentliche Versicherungswerte in Verlust kommen können. Ziffernmäßig diese Gefahr zu berücksichtigen, ist schwierig, und eine bestimmte Methode, die Anspruch machen könnte, das Problem vollkommen zu lösen, ist bisher noch nicht angegeben worden. Den Einfluß der verschieden hohen Versicherungswerte und der sich hiernach ergebenden verschieden hohen Schäden bei der Ermittlung des durchschnittlichen Schadensatzes einer Risikenart haben *Ellink Schuurmann* sowie *Sawitsch,* und zwar in verschiedener Weise bei ihren, dem internationalen Kongreß für Versicherungswissenschaft in Wien 1909 unterbreiteten Vorschlägen berücksichtigt; dieselben treffen aber nicht ganz das, was hier in Frage kommt. In der Praxis hilft man sich zuweilen durch die Wertzuschläge; man geht bei diesen auch sonst etwas nach dem Gefühl vor und muß oft genug das Bewußtsein mit in den Kauf nehmen, daß außerordentliche Fälle eben innerhalb der Risikengattung doch nicht ausgeglichen werden können, sondern auf dem Gesamtgeschäfte einer Feuerversicherungsunternehmung lasten, wie sonst Katastrophen ganz unvorhergesehener Art, für deren Bewältigung eben ganz allgemein besondere Maßnahmen getroffen werden.

Rechtsprechung.

Entscheidungen auf dem Gebiet der privaten Unfallversicherung.

Von A. Petersen, Regierungsrat im Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung (Berlin).

Obliegenheiten im Schadenfall.

(Schluß.)

1. Muß der Versicherte seinen Angehörigen von dem Bestehen der Versicherung Mitteilung machen? Haftung für fremdes Verschulden.

Bei der Unfallversicherung ist der Versicherer zur Wahrung seiner Interessen und zur Ergreifung der geeigneten Maßnahmen nur dann in der Lage, wenn er rechtzeitig von dem Eintritt des Versicherungsfalls in Kenntnis gesetzt wird. Die Bedingungen machen es daher dem Versicherungsnehmer zur Pficht, den Unfall „unverzüglich“ anzumelden; bei tödlichen Unfällen ist eine telegraphische Anzeige binnen 24 Stunden vorgeschrieben. Auf der anderen Seite muß billigerweise berücksichtigt werden, daß das Unterbleiben der rechtzeitigen Anzeige nicht selten nach Lage der Sache zu entschuldigen ist. Im Anschluß an die von der Rechtsprechung seither bereits entwickelten Grundsätze hat das VVG. nunmehr zwingend bestimmt, daß eine in den Bedingungen etwa vorgesehene Verwirkung dann nicht eintritt, wenn die Unterlassung „weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht“. (§ 6 Abs. 2 u. 3 VVG.)

Eine Frage, die in den letzten Jahren wiederholt die oberen Gerichte beschäftigte, ist nun die:

Kann der Bezugsberechtigte die Unterlassung der rechtzeitigen Schadensanzeige damit entschuldigen, daß er von dem Bestehen der Versicherung keine Kenntnis gehabt habe?

In dem vom Reichsgericht durch Urteil vom 13. XII. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 1153; Ver. A. f. P. 1911* S. 56) entschiedenen Fall hatte das BG. in der Tat die Unterlassung der rechtzeitigen Schadenmeldung und die Tatsache, daß nicht „spätestens am Tag nach dem Tode“ eine Sektion stattgefunden hatte, als entschuldigt angesehen, indem es für erwiesen erachtete, daß die Erben erst nach der Beerdigung durch Auffinden der Police von dem Bestehen der Versicherung Kenntnis erhalten hatten. Hiergegen wandte die Revision ein, es sei ein Verschulden des Versicherten, wenn er es unterlassen habe, seinen Angehörigen zu seinen Lebzeiten von der Versicherung Kenntnis zu geben. Das RG. ließ dahingestellt, ob dieser Auffassung

beizutreten sei, da es in Übereinstimmung mit dem BG. wegen eines anderen Grundes, nämlich des Verhaltens der Bezugsberechtigten in der Folgezeit, den Anspruch als verwirkt ansah. Bemerkenswert ist, daß das RG. in diesem Urteil die Ansicht als unrichtig zurückweist, die Leichenöffnung könne überhaupt nicht mehr verlangt werden, nachdem es ohne Verschulden der Erben bereits zur Beerdigung gekommen sei.

Ein ähnlicher Tatbestand liegt dem Urteil des RG. vom 17. XI. 1911 (Wallmanns VZ. 1911/12 S. 644) zugrunde. Hier war die Leiche des Versicherten vor erfolgter Leichenschau eingeäschert worden. Die Klägerin, seine Witwe, entschuldigte die Unterlassung der telegraphischen Anzeige damit, daß sie nicht sich, sondern ihren Schwager für den Bezugsberechtigten gehalten habe. Diesen Umstand hielt das BG. für erheblich und führte gegenüber der Beklagten aus, eine Verpflichtung des Versicherten, die Klägerin über ihre Bezugsberechtigung und ihre Anzeigepflicht zu informieren, sei im Versicherungsantrag nicht festgesetzt. Das RG. pflichtete der Entscheidung des BG. insoweit bei und wies darauf hin, daß nach den Bedingungen die Anzeigepflicht dem Anspruchererhebenden auferlegt sei. Für die Entscheidung der Frage, ob das Unterbleiben der Anzeige entschuldigt sei, könne es demnach nur darauf ankommen, ob das eigene Verhalten des Anspruchererhebenden frei von Verschulden sei.

Etwas abweichend wiederum entschied jedoch das RG. in dem Urteil vom 13. XII. 1912 (Ver. A. f. P. 1913 * S. 24; Annalen d. ges. V. Wesens 1913 S. 130). Hier hatte das Berufungsgericht in seinem Urteil (vgl. Annalen d. ges. V. Wesens 1912 S. 604) ausgeführt, es könne dem Versicherten nicht als Verschulden angerechnet werden, daß er seine Erben nicht von dem Bestehen der Unfallversicherung sowie von der übernommenen Anmeldepflicht in Kenntnis gesetzt habe. Das RG. läßt hier dahingestellt, ob eine solche Mitteilungspflicht bestand, da eine derartige Verpflichtung im Vertrag nicht erwähnt sei, obwohl sie doch darin hätte besonders bestimmt werden können. Die Sache wurde an das BG. zurückverwiesen und diesem aufgegeben, bei der neuen Verhandlung auch diese Frage an Hand der Bedingungen nochmals genauer nachzuprüfen. Für die Entscheidung des RG. war hier offenbar maßgebend, daß in diesem Fall — zum Unterschied von dem vorstehend erwähnten — nach den Bedingungen die Beklagte berechtigt war, die Entschädigung abzulehnen, „wenn der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger“ die „ihnen“ . . . . . „obliegenden Pflichten nicht oder nicht rechtzeitig erfüllt haben“.

In seinem zweiten, rechtskräftig gewordenen Urteil (vom 29. IV. 1913, Ver. A. f. P. 1913 * S. 112) ist das OLG. nach nochmaliger Verhandlung bei seinem Standpunkt geblieben, da eine Verpflichtung des Versicherten, der Klägerin von der Versicherung Mitteilung zu machen oder wenigstens die Police an leicht auffindbarer Stelle zu verwahren, in den Bedingungen nicht erwähnt sei. Wenn die Parteien bei Abschluß des Vertrages beabsichtigt hätten, diese Pflichten festzusetzen,

so wäre es unverständlich, weshalb sie nicht ausdrücklich in den Versicherungsbedingungen aufgenommen seien. Bei der außerordentlich schweren Folge, die an die Nichterfüllung der Anzeigepflicht geknüpft sei, müßten diese Bestimmungen eng ausgelegt werden. Für den Versicherten hätte ein Anlaß zu einer Mitteilung an seine Frau um so weniger vorgelegen, als er den Versicherungsvertrag schon lange Zeit vor seiner Verheiratung abgeschlossen hatte. Jedenfalls liege kein Verschulden vor, da der Versicherte als Nichtjurist solche Pflichten aus dem Vertrag keinesfalls habe herauslesen können. Aber selbst wenn man ein Verschulden annehmen wollte, könnte dieses nicht zur Verwirkung führen. Diese schwere Folge könnte nur eintreten bei Verletzung einer der ausdrücklich in den Bedingungen erwähnten Pflichten, nicht bei solchen, die man nur mittelbar aus diesen herauslesen könne.

Die gleichen Erwägungen liegen dem Urteil des RG. vom 2. Dezember 1913 (Wallmanns VZ. 1913 S. 885) zugrunde: Der Versicherte war in der Nacht vom 4. zum 5. August verunglückt und am 7. August gestorben. Die Todesanzeige erfolgte durch eine am 9. August zur Post gegebene, an die Generalagentur gerichtete Postkarte. Das RG. stimmt hier ausdrücklich der Ansicht zu, für die Frage, ob das Unterbleiben der Anzeige in der vorgeschriebenen Frist und Form entschuldigt sei, komme allein das Verhalten des Anspruchserhebenden in Betracht. Ob den Versicherten ein Verschulden treffe, weil er die Police nicht leicht auffindbar aufbewahrt und die Klägerin (seine Witwe) über ihre Anzeigepflicht nicht genau unterrichtet habe, könne dahingestellt bleiben. Ein Verschulden der Klägerin könne nicht darin gefunden werden, daß sie nicht schon bei Lebzeiten ihres erkrankten Mannes nach der Police gesucht und sich über die Versicherungsbedingungen unterrichtet habe. Auch sei die Klägerin nicht dafür verantwortlich, daß der von ihr Beauftragte die Postkarte versehentlich erst am 9. VIII. zur Post gegeben habe. Die Anwendung des § 278 sei ausgeschlossen, weil es sich nicht um die Erfüllung einer Verbindlichkeit, sondern nur um eine Voraussetzung des Anspruchs handle.

2. Einsendung des ärztlichen Berichts.

In dem Urteil des RG. vom 12. XII. 1913 (Wallmanns VZ. 1913/14 S. 781) wird ausgeführt, ein Verschulden des Versicherungsnehmers könne darin liegen, daß er trotz wiederholter Mahnung es unterlassen habe, den von ihm mit der Übersendung beauftragten Arzt zu erinnern.

3. Wann beginnt die Verpflichtung zur Schadensanzeige?

Diese Frage wird praktisch, wenn nach einem zunächst anscheinend ohne nachteilige Folgen verlaufenen Unfall erst einige Zeit später körperliche Beschwerden auftreten, oder wenn sich der Versicherte gar nicht bewußt ist, daß die Beschwerden mit einem erlittenen Unfall etwa in ursächlichem Zusammenhang stehen könnten. Inwieweit unter solchen Umständen die Unterlassung der rechtzeitigen

Schadensanzeige entschuldigt werden kann, darüber hat sich das RG. neuerdings in folgenden Urteilen ausgesprochen:

a) Urteil vom 15. XII. 1910 (Wallmanns VZ. 1910/11 S. 865). Der Kläger hatte am 10. XI. 1907 beim Reiten durch einen plötzlichen Seitensprung des Pferdes eine Hodenquetschung erlitten. Es zeigten sich zunächst nur heftige Schmerzen, sonst aber keine nachteiligen Folgen, so daß der Kläger seine Berufstätigkeit bereits nach einem Tage wieder aufnehmen konnte. Mitte Oktober 1908 zeigten sich tuberkulöse Erscheinungen, die eine Operation nötig machten. Am 22. Oktober 1908 erfolgte die Schadensanzeige.

Die Klage des Versicherten wurde in allen Instanzen abgewiesen, da das die Frist in Lauf setzende „Ereignis" der Unfall sei und nicht die Operation. Das Berufungsgericht unterscheidet zwischen Unfällen, die an sich gleichgültige, täglich vorkommende Unfälle darstellen, das Wohlbefinden zunächst nicht erwähnenswert beeinflussen, später aber doch nachteilige Folgen haben, und solchen, die von vornherein auf den Körperzustand in erkennbar schädlicher Weise einwirken. Im ersteren Fall sei ein Verschulden bei der Nichtinnehaltung der Frist auszuschließen, im zweiten Fall dagegen nicht. Dies wird vom RG. gebilligt.

b) Urteil vom 17. II. 1911 (Wallmanns VZ. 1911 S. 1529; Ver. A. f. P. 1911* S. 101). Der Kläger, welcher wegen anhaltender Kopfschmerzen in ärztlicher Behandlung stand, wurde gegen Ende 1905 vom Arzt befragt, ob er etwa einen Schlag oder eine ähnliche Verletzung erlitten habe. Der Kläger gab an, daß ihm am 20. XI. 1905 ein Sack Kartoffeln auf Kopf und Rücken gefallen sei. Der Arzt erklärte hierauf, daß die Kopfschmerzen möglicherweise auf diesen Unfall zurückzuführen seien; die Schadensanzeige erfolgte am 22. III. 1906.

Beide Vorinstanzen verurteilten die Beklagte. Das RG. hob auf und verwies zurück mit der Begründung: Die Unterlassung könne nicht schon deshalb als entschuldigt gelten, weil der Versicherungsnehmer nicht das Wissen, nicht die Überzeugung hatte, daß ein den Voraussetzungen der Versicherung entsprechender Tatbestand vorliege. Es genüge, wenn er bei verständiger, von einem besonnenen Menschen zu erwartenden Erwägung aller Umstände mit einer solchen *Möglichkeit* habe rechnen müssen. Dies sei aber spätestens nach der Mitteilung des Arztes der Fall gewesen. Außerdem rechtfertige die Ablehnung der Gesellschaft nicht die Unterlassung der Einsendung eines ärztlichen Berichts. Falls die Unfallanzeige (wenn auch unverschuldet) mehrere Monate verspätet erfolgte, so sei die Frist (von einer Woche) nicht entsprechend erst von dem Tag der Anzeige an zu rechnen.

c) Den gleichen Standpunkt vertritt das RG., ebenfalls abweichend von beiden Vorinstanzen, in dem Urteil vom 25. X. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 617; Ver. A. f. P. 1913* S. 25). Der Versicherte war am 5. VI. 1908 beim Abspringen von dem Puffer eines Eisenbahnwagens abgerutscht und mit dem Rücken auf eine

Eisenbahnschwelle gefallen. Später entwickelte sich ein Rückenmarksleiden. Die Unfallanzeige erfolgte erst im November 1909.

Im vorliegenden Fall war die Versicherung von der Klägerin für Rechnung des Versicherten, ihres Angestellten, abgeschlossen worden. Mit Bezug hierauf betont das RG., es sei Sache der Klägerin gewesen, die nötigen Einrichtungen und Vorkehrungen zu treffen, um von etwaigen Unfällen ihrer versicherten Angestellten rechtzeitig Kenntnis zu erhalten.

4. Telegraphische Schadensanzeige.

In dem bereits erwähnten Urteil des RG. vom 6. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 1065; Ver. A. f. P. 1913* S. 114) wird ausgeführt: Daß der Anmeldepflichtige in den ersten 24 Stunden infolge seelischer Erregung zu der mit dieser Frist vorgeschriebenen telegraphischen Anzeige des Todesfalls außerstande war, rechtfertigt nicht das völlige Unterbleiben der telegraphischen Anzeige, vielmehr war diese nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglich nachzuholen.

Ferner wird in dem Urteil des RG. vom 18. XI. 1913 (Deutsche Versicherungszeitg. 1914 S. 59; Annalen d. ges. V. Wesens 1913 S. 766) ausdrücklich anerkannt, daß persönliche Gründe, wie Geschäftsungewandtheit, übergroße Aufregung ein Verschulden ausschließen können. Dies sei im Einzelfall überwiegend Sache der tatsächlichen Würdigung und entziehe sich der Nachprüfung durch die Revisionsinstanz.

5. Täuschung der Ärzte. Simulation.

Urteil des RG. vom 15. X. 1912 (Wallmanns VZ. 1913 S. 1889; Ver. A. f. P. 1913* S. 66).

Die Ärztekommission stellte fest, daß das vom Kläger gezeigte Krankheitsbild künstlich hervorgerufen und vorgetäuscht sei. Sie sei daher außerstande, festzustellen, ob die Krankheit des Klägers Folge des Unfalls sei. Die Beklagte wurde gleichwohl in allen Instanzen zur Entschädigung „nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen" verurteilt. In den Gründen des Berufungsurteils findet sich der Satz: Auch wenn ein Versicherter die Ärzte fortwährend über seinen Zustand zu täuschen suche, so könne dies doch nicht dahin führen, die Versicherungsgesellschaft für berechtigt zu erklären, deshalb von vornherein alle Entschädigungsansprüche abzulehnen.

Das RG. hat diese im Ergebnis und in der Begründung gleich befremdliche Entscheidung gebilligt. Die Begründung stützt sich dabei auf den Wortlaut der Bedingungen, welche dieses Verhalten des Versicherten nicht unter denjenigen Tatsachen aufführen, welche eine Verwirkung des Entschädigungsanspruchs zur Folge haben. Eine Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Auskunftserteilung habe der Versicherte danach nur gegenüber „der Gesellschaft oder einem Beauftragten derselben". Dazu gehörten aber nicht die Ärzte, von denen in einer anderen Bestimmung besonders die Rede sei, und denen der Versicherte lediglich den „Zutritt und die Untersuchung" zu gestatten habe.



Ist diese Begründung schon mit dem Wortlaut der Bedingungen schwer in Einklang zu bringen, so ist erst recht bedenklich, wie hier das fortgesetzte vorsätzliche Zuwiderhandeln gegen Treu und Glauben seitens des Versicherten als völlig unerheblich für den Grund des Anspruchs behandelt und höchstens die Möglichkeit einer Schadensersatzpflicht daraus hergeleitet wird. Nach richtiger Auslegung ist die Ärztekommission von beiden Teilen, also auch vom Versicherer, „beauftragt", und der Versicherte verletzt vorsätzlich eine von ihm der Gesellschaft gegenüber zu erfüllende „Obliegenheit", wenn er die Kommission in erheblichen Fragen zu täuschen versucht.

6. Verpflichtung des Unfallrentners zur Duldung der Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft. (Urteil des RG. vom 11. VI. 1912; Wallmanns VZ. 1912/13 S. 193; Ver. A. f. P. 1913* S. 30.)

In den Bedingungen war bestimmt, daß dem Vertrauensarzt der Gesellschaft jederzeit Zutritt zu dem Verletzten gestattet werden müsse; ferner daß dieser, wenn er als Invalide in den Genuß einer Rente getreten, verpflichtet sei, „sich auch späterhin ärztlichen Untersuchungen zu unterwerfen". Das BG. legt dies dahin aus, die Klägerin sei nicht verpflichtet gewesen, die Untersuchung gerade des Vertrauensarztes zu dulden. Das RG. bemerkt hierzu, gegen diese Auslegung ließen sich gewichtige Bedenken erheben, denn der enge Zusammenhang der (unmittelbar aufeinander folgenden) beiden Vorschriften mache es wahrscheinlich, daß auch in dem zweiten Fall der Vertrauensarzt gemeint sei. Immerhin sei die Auslegung des BG. rechtlich und tatsächlich möglich und deshalb nicht zu beanstanden.

Die Geltendmachung des Versicherungsanspruchs.

1. Leistungsklage oder Feststellungsklage?

Der Umstand, daß über gewisse Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs (z. B. ursächlichen Zusammenhang, Grad der Arbeitsunfähigkeit u. a.) nicht das ordentliche Gericht, sondern bedingungsgemäß die Ärztekommission zu entscheiden hat, bringt es mit sich, daß in der Regel die Klage nicht auf Leistung, sondern auf Feststellung der Entschädigungspflicht nach Maßgabe der Bedingungen zu richten ist. In dem Urteil des OLG. Cöln vom 21. II. 1912 (Ver. A. f. P. 1913* S. 61) wurde jedoch entschieden, daß die Leistungsklage dann von vornherein zulässig ist, wenn der Versicherer die Einberufung der Ärztekommission ohne berechtigten Grund ablehnt. Die Gesellschaft habe kein Recht, die Einberufung bloß wegen der nach ihrer Meinung eingetretenen Verwirkung des Anspruchs zu verweigern.

Gegenüber dieser Entscheidung sei auf das Urteil vom 22. XII. 1903 verwiesen (Ver. A. f. P. 1904* S. 69). Hier wird vom RG. festgestellt, daß die Ablehnung der Entschädigung den Versicherungsnehmer nicht von der Beobachtung der übrigen, die Schadensfeststellung betreffenden Vorschriften entbinde, und daß die Ablehnung nicht ohne weiteres einen Verzicht des Versicherers auf die Ärztekommission bedeute. Ob demgegenüber der Hinweis des OLG. Cöln auf das Urteil des

RG. vom 19. IV. 1907 (Recht 1907 Nr. 1381; Ver. A. f. P. 1907* S. 94) zutreffend ist, erscheint zweifelhaft. Diese Entscheidung vertritt allerdings für den *damals* vorliegenden Tatbestand den gleichen Standpunkt wie hier das OLG. Cöln. Allein der Widerspruch zwischen den beiden Urteilen des Reichsgerichts erklärt sich durch die Verschiedenheit der maßgebenden Bedingungen. Die Entscheidung vom 19. IV. 1907 ist daher nicht ohne weiteres als allgemeingültiger Grundsatz aufzufassen.

In dem Urteil vom 30. X. 1913 (Wallmanns VZ. 1913/14 S. 477; Zeitschrift für Versicherungswesen 1913 S. 681) entschied das RG., durch die Bestimmung, daß über die Frage, ob sich die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gebessert habe, eine Ärztekommission entscheiden solle, werde die Leistungsklage nicht ausgeschlossen, falls ein Streit in dieser Richtung, wie vorliegend, für den gegenwärtigen Zustand überhaupt nicht bestehe. Der Gesellschaft verbleibe auch nach ihrer Verurteilung das Recht, den Rentenempfänger später von neuem untersuchen zu lassen und die Entscheidung der Ärztekommission sei alsdann für das Gericht bindend, wenn die Gesellschaft (gemäß § 323 ZPO.) Klage auf Herabsetzung der Rente erhebe.

2. Beweislast bei unaufgeklärten Todesfällen.

Ob wirklich ein Unfall im Sinne der Bedingungen vorliegt, oder ob es sich etwa um Selbstmord, um einen Schlaganfall oder einen durch eigene grobe Fahrlässigkeit des Verunglückten herbeigeführten Unfall handelt, entzieht sich häufig einer völlig sicheren Feststellung. Das Reichsgericht hat nun von jeher, so auch neuerdings, entsprechend dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung den Standpunkt vertreten, daß es einer schlechthin unumstößlichen Beweisführung nicht bedürfe, daß sich der Richter vielmehr mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Wahrscheinlichkeit begnügen müsse. (Urteil vom 17. XII. 1912; Ver. A. f. P. 1913* S. 55). Aus der gleichen Erwägung hat es in einem anderen Fall das zuungunsten der Kläger ergangene Urteil des BG. aufgehoben wegen nicht ausreichender Prüfung der Beweislast (Urteil vom 13. VII. 1911; Wallmanns VZ. 1911/12 S. 282). Hier war der Versicherte tot auf dem Eisenbahngleis aufgefunden worden. In den Vorinstanzen war die Klage abgewiesen worden, weil der Beweis für das Vorliegen „eines durch die Police gedeckten Unfalls" nicht erbracht sei. Wahrscheinlich sei der Versicherte bei dem Versuch, aus dem fahrenden Zug zu springen, verunglückt. Das RG. rügt, daß hier von den Klägern der Beweis verlangt werde, der Unfall sei nicht vom Versicherten selbst verschuldet. Es frage sich vielmehr, ob es sich hier nicht um eine Ausnahme von der Entschädigungspflicht handle, für deren Vorliegen nach allgemeinen Grundsätzen die *Beklagte* beweispflichtig sei.

In einem anderen Fall war der Versicherte frühmorgens am Fuß der zu seiner Wohnung führenden Treppe tot aufgefunden worden. Die Beklagte wurde in beiden Instanzen verurteilt. (Urteil des OLG. Breslau vom 12. VI. 1912, Ver. A. f. P. 1912* S. 102.) Es sei an sich zwar der Kläger beweispflichtig für das Vorliegen eines Unfalls. Nach

der Sachlage müsse er aber dieses Beweises als überhoben gelten und die Beklagte beweisen, daß der Sturz die Folge eines Schlaganfalls gewesen sei. Dieser Beweis sei aber nicht erbracht.

3. Beweislast bei Verweigerung der seither gezahlten Rente wegen eingetretener Besserung.

Die Beklagte hatte sich schriftlich zur Zahlung einer Rente bereit erklärt und diese auch eine Zeitlang gezahlt. Dies wird vom BG. als Vertragsantrag aufgefaßt und vom RG. gebilligt. (Wallmanns VZ. 1912 S. 1361; Urteil vom 23. I. 1912.) Einer Antwort des Klägers habe es nicht bedurft. Die Beklagte müsse unter diesen Umständen den Wegfall ihrer Verpflichtung beweisen. Die Beweislast könne nicht anders bestimmt werden als im Fall einer Feststellung der Rente durch Urteil. (§ 323 ZPO.) Der Vorbehalt durch den Ausdruck „vorerst“ in dem Bescheid der Beklagten wird als unerheblich bezeichnet.

4. Hinausschiebung der Kapitalentschädigung im Invaliditätsfall.

In dem Urteil des OLG. Celle vom 22. II. 1909 (Annalen d. g. V. Wesens 1913 S. 445) wurde entschieden, der Versicherer könne sich auf sein Recht, die Auszahlung der Kapitalentschädigung 2 Jahre hinauszuschieben, dann nicht mehr berufen, wenn an Stelle der Kommission das Gericht über die Höhe der Invaliditätsentschädigung zu entscheiden habe, weil die Gesellschaft — vor beinahe 3 Jahren — eine Entschädigung abgelehnt hatte. Treffe nunmehr das Gericht eine Entscheidung, so sei diese eine endgültige unter Würdigung des Grades der Invalidität zur Zeit des Erlasses des Urteils; es könne also eine Abänderung der vom Gericht getroffenen Entscheidung aus dem Grunde, daß der Grad der Invalidität unrichtig erkannt sei, nach eingetretener Rechtskraft überhaupt nicht mehr erfolgen, es fehle daher auch an jedem vernünftigen Grunde, warum jetzt noch 2 Jahre lang die Zahlung sollte verweigert werden können. Als gänzlich abwegig wird die Auffassung der Beklagten bezeichnet, daß das Urteil des Gerichts einfach an die Stelle der von der Kommission zu treffenden Entscheidung trete und die Invaliditätsentschädigung noch nach Rechtskraft des Urteils 2 Jahre lang nicht fällig sei.

Die Ärztekommission.

1. Zuständigkeit.

a) Urteil des RG. vom 29. IX. 1911 (Wallmanns VZ. 1911/12 S. 305; Ver. A. f. P. 1912* S. 73).

Das Berufungsgericht kam zu dem Ergebnis, daß das Gutachten der Ärztekommission wegen mangelhafter Begründung unverbindlich sei, da es in keiner Weise dartue, daß die Arbeitskraft des Klägers zu einem Viertel wiederhergestellt sei. Es entstand daher die Frage, ob nun die Ärztekommission ein zweites Mal zu entscheiden habe oder ob nunmehr das Gericht selbst auch die an sich der Ärztekommission zustehende Entscheidung zu treffen habe. Berufungs- und Reichsgericht haben sich für den letzteren Standpunkt entschieden, denn das Ver-

fahren vor der Kommission habe mit der Erteilung des Spruches sein Ende erreicht, und es würde auf eine unberechtigte Erneuerung dieses Verfahrens hinauslaufen, wenn die Entscheidung des Gerichts sich auf den Ausspruch beschränkt hätte, daß der Spruch der Kommission unzulässig oder wirkungslos sei.

b) In zwei neueren Entscheidungen hat das Reichsgericht die Anschauung vertreten, daß im Prozeß die Vorschriften der allg. Versicherungsbedingungen über die Zuständigkeit der Ärztekommission überhaupt nur dann zu berücksichtigen seien, wenn eine der Parteien dies ausdrücklich verlange, nicht aber von Amts wegen. Hieraus folge auch, daß in der Revisionsinstanz für die Erhebung eines derartigen Einwandes kein Raum mehr sei. (RG. vom 17. IX. 1912, Wallmanns VZ. 1912/13 S. 273, Ver. A. f. P. 1913* S. 29 und RG. vom 25. X. 1912, Wallmanns VZ. 1912/13 S. 617 und Ver. A. f. P. 1913 S. 25, endlich RG. vom 6. XII. 1912, Ver. A. f. P. 1913* S. 114.)

2. Mängel der Entscheidung und des Verfahrens. „Offenbare Unbilligkeit."

In dem Urteil des RG. vom 5. V. 1911 (Wallmanns VZ. 1911 S. 1889) wird ausgeführt, daß sachliche Unrichtigkeit noch keineswegs gleichbedeutend sei mit offenbarer Unbilligkeit. Letztere könne vielmehr erst dann als festgestellt gelten, wenn die Entscheidung dem sachverständigen Beurteiler, welcher sich in die Zeit vor der Abgabe derselben zurückversetzt, ohne weiteres als verfehlt erscheinen muß.

Eine bemerkenswerte Verschärfung enthält demgegenüber jedoch das Urteil des RG. vom 26. XI. 1912 (Wallmanns VZ. 1912/13 S. 905; Ver. A. f. P. 1913* S. 64). Hier wird ausgeführt, es komme „nicht nur der Fall eines von vornherein handgreiflich unrichtig erscheinenden Gutachtens, sondern auch der Fall in Betracht, daß der Gutachter eine abschließende Entscheidung fällt, während sich ihm bei sachgemäßer Prüfung die Erkenntnis hätte aufdrängen müssen, daß zu einer ausreichend zuverlässigen Beurteilung noch gewisse weitere Feststellungen oder Untersuchungen notwendig seien". Das RG. spricht daher von einem „vorschnell abgegebenen Gutachten" und einer „in die Augen fallenden Flüchtigkeit der von der Kommission vorgenommenen Prüfung". Das RG. billigt aus diesen Gründen das den Schiedsspruch aufhebende Urteil des Berufungsgerichts.

Ein anderes Urteil des RG. vom 21. II. 1911 (Wallmanns VZ. 1911 S. 1700; Ver. A. f. P. 1911* S. 57) beschäftigt sich mit der formalen Frage, ob die Gültigkeit des Schiedsgutachtens durch die Unterschrift aller Kommissionsmitglieder bedingt ist. Dies wird — abweichend vom BG. — bejaht unter Hinweis auf die Bedingungen, nach welchen der Ausspruch schriftlich zu begründen ist. Im vorliegenden Fall hatte ein Mitglied zwar dem Spruch in der Sitzung zugestimmt, nachträglich aber die Unterschrift verweigert, weil er seine Meinung geändert habe. Das RG. bemerkt, daß der Spruch einstimmig gefaßt werde, sei weder erforderlich, noch ausreichend. Solange aber eine Unterschrift fehle, habe der Ausspruch der Kommission eine rechtliche Existenz überhaupt nicht.



Endlich ist noch ein Urteil des RG. vom 5. XII. 1912 (Wallmanns VZ. 1913 S. 937; Ver. A. f. P. 1913* S. 62) zu erwähnen. Hier wurde die Entscheidung des BG. aufgehoben und auf Zurückverweisung in die Berufungsinstanz erkannt wegen eines Verstoßes gegen die „Geschäftsordnung". Nach dieser hat zunächst eine Begutachtung zu erfolgen durch einen aus zwei Mitgliedern bestehenden „Schiedsrat". Erst wenn ein übereinstimmendes Gutachten nicht zustande kommt, wird ein Gutachten des Obmanns eingeholt, „welcher nur in diesem Falle in Funktion tritt". Diesen Bestimmungen entgegen hatte der Obmann sofort an dem Verfahren teilgenommen und das Gutachten gemeinsam mit den beiden Mitgliedern des Schiedsrats erstattet. Vom BG. wurde dieser Verstoß als unerheblich bezeichnet, das RG. dagegen entschied anders, da nach der Sachlage die Möglichkeit einer Benachteiligung des Versicherten infolge des eingeschlagenen Verfahrens nicht ausgeschlossen sei.

Umfang der Entschädigung.

1. Unfallentschädigung bei bereits vorhandener Invalidität. Die Arbeitskraft als Gegenstand der Versicherung.

Über diese Fragen äußerte sich das RG. in einem sehr interessanten und bedeutungsvollen Urteil vom 22. IX. 1911 (Wallmanns VZ. 1911/12 S. 387; Ver. A. f. P. 1912* S. 31; Berufungsurteil Ver. A. f. P. 1911* S. 15). Der Kläger, der seit 1900 bei der Beklagten gegen Unfälle des täglichen Lebens versichert war, hatte im November 1902 durch einen Sturz einen Unfall erlitten, auf Grund dessen er unter Anerkennung einer 50 prozentigen Invalidität entschädigt worden war. Die Folgen des Unfalls bestanden in krankhaften Veränderungen am Kniegelenk. Bereits vorher, im Januar 1902, hatte Kläger eine Versicherung gegen Eisenbahnunfälle bei der Beklagten genommen. Im Jahre 1905 wurde er infolge eines Eisenbahnunfalles geisteskrank und völlig arbeitsunfähig. Er verlangte auf Grund der letzteren Versicherung eine Rente für 100 prozentige Invalidität, während die Beklagte ihm nur eine solche in Höhe von 50 % zugestand, da er durch den Eisenbahnunfall nur den ihm verbliebenen Rest seiner Arbeitsfähigkeit eingebüßt habe. In erster Instanz wurde die auf Zahlung der streitigen 50 % gerichtete Klage abgewiesen. Das Kammergericht dagegen verurteilte die Beklagte zur Zahlung von weiteren 32½ % der Vollrente, indem es auf Grund eigener Beweisaufnahme feststellte, daß zur Zeit des Eisenbahnunfalls die damals vorhandene Invalidität des Klägers nur noch 17½ % betragen habe, beließ es aber im übrigen bei der Abweisung. Das RG. hob die Revision des Klägers auf, soweit zu dessen Nachteil erkannt war, und verwies die Sache zur nochmaligen Verhandlung an einen anderen Senat des KG. zurück.

Das KG. war, grundsätzlich in Übereinstimmung mit dem LG., von der Erwägung ausgegangen, daß die Versicherung nicht zu einer Bereicherung des Versicherten führen dürfe. Dies wird vom RG. zurückgewiesen: Auch im vorliegenden Fall sei, wie in der Unfallversicherung allgemein üblich, bestimmt, daß bei gänzlichem Verlust

der Arbeitsfähigkeit die vereinbarte Rente zum Ausgleich des Schadens bezahlt werden solle, und zwar ganz unabhängig von dem Nachweis eines Schadens. Ein das Versicherungsverhältnis beherrschendes Prinzip, daß die Versicherung nicht zu einem Gewinn führen dürfe, sei aus den Bedingungen nicht zu entnehmen. In der Unfallversicherung sei, gleich wie in der Lebensversicherung, der Wert der versicherten Arbeitskraft vertragsmäßig festgesetzt und der Versicherer zur Zahlung dieses Wertes bei Eintritt des Versicherungsfalls verpflichtet, gleichviel ob tatsächlich eine wirtschaftliche Schädigung eingetreten sei.

Das RG. betont, wie hieraus hervorgeht, mit aller Schärfe seinen Standpunkt, daß die Unfallversicherung nicht als Schaden-, sondern als Personenversicherung aufzufassen sei, welche Auffassung nunmehr gesetzliche Anerkennung gefunden hat (§ 1 VVG). Immerhin ist die eigentümliche Mittelstellung zu berücksichtigen, welche die Unfallversicherung zwischen der reinen Schaden- und der reinen Personen-(-Summen-)versicherung einnimmt. Zugunsten der Ansicht beider Vorinstanzen ließe sich jedenfalls der Umstand verwerten, daß in der Police die Versicherung ausdrücklich als „gegen die *wirtschaftlichen Nachteile* körperlicher Beschädigungen“ genommen bezeichnet wurde. Anscheinend enthielten die maßgebenden Bedingungen keine ausdrückliche Regelung der vorliegenden Frage, im Gegensatz zu den neueren, welche bestimmen, daß bei der Festsetzung des Invaliditätsgrades die bereits vor dem Unfall vorhandene Gebrauchsunfähigkeit einzelner Körperteile zu berücksichtigen ist.

2. Herabsetzung der Rente trotz völliger Erwerbsunfähigkeit?

Ähnliche Fragen, wie im vorstehenden Fall, beschäftigten das Gericht in einem vor dem OLG. Hamburg durch Urteil vom 18. XII. 1911 entschiedenen Rechtsstreit (Wallmanns VZ. 1912 S. 1934 ff., Ver. A. f. P. 1912* S. 69). Hier verlangte die Versicherungsgesellschaft im Wege der Klage Herabsetzung der Rente auf Grund der Bedingungen, die ein solches Recht vorsehen, „bei wieder eintretender, erhöhter oder vollständiger Erwerbsfähigkeit“. Unstreitig war der Beklagte zwar noch ganz erwerbsunfähig, doch war nach Ansicht der Sachverständigen die Erwerbsunfähigkeit nur noch zu 35 % auf den Unfall, zu 65 % dagegen auf andere Ursachen, insbesondere Alterserscheinungen, zurückzuführen. Die Klägerin wollte die erwähnte Bestimmung dahin auslegen, daß nicht die Erwerbsunfähigkeit, sondern nur die durch den Unfall herbeigeführten Leiden sich zu bessern brauchen. Das BG. gibt zu, daß sich manche Gründe für die Auffassung der Klägerin anführen ließen, kommt aber in eingehenden Ausführungen, auf die hier verwiesen werden muß, zu einem für den Versicherten günstigen Ergebnis. Unter anderem wird auch hier der Gegensatz zwischen Schaden- und Summen-(Personen-)Versicherung hervorgehoben.

Die hiergegen eingelegte Revision der Klägerin wurde zurückgewiesen (RG. vom 14. VI. 1912; Wallmanns VZ. 1912 S. 2009; Entsch. in Zivil-



sachen Bd. 79 S. 412). Das Reichsgericht hat die Gründe des Berufungsgerichts nicht in vollem Umfang nachgeprüft, weil es schon den einen vom Berufungsgericht festgestellten Grund für durchschlagend hielt, daß nämlich durch den Spruch der Ärztekommission kein ausreichender Beweis für eine *Besserung* der Unfallfolgen erbracht sei. Es handle sich nicht darum, ob die frühere Rentenfestsetzung richtig war, sondern um die Frage, ob die maßgebenden Verhältnisse sich seit der früheren Festsetzung *geändert* haben. „Mitwirkende Ursachen, die *von vornherein* neben dem Unfall für die Erwerbsunfähigkeit bestanden, können, auch wenn sie bei der Rentenfestsetzung nicht berücksichtigt worden sein sollten, zur Begründung des Anspruchs auf Minderung der Rente . . . nicht verwertet werden.“ Die nämliche Erwägung findet sich in dem Urteil des RG. vom 5. XII. 1912 (Ver. A. f. P. 1913* S. 62; Wallmanns VZ. 1913 S. 937): Die Rente kann nur herabgesetzt werden, wenn eine Besserung festgestellt ist. Es genügt nicht, wenn nach dem späteren Gutachten die Folgen weniger schlimm erscheinen, als bei der ersten Rentenfestsetzung angenommen wurde.

Unzweifelhaft würden diese Grundsätze auch für die neuen Versicherungsbedingungen zu gelten haben. Nach diesen ist eine Herabsetzung der Rente überhaupt nur innerhalb der ersten fünf Jahre seit erstmaliger Festsetzung zulässig, und nur unter der Voraussetzung einer Herabsetzung des „Invaliditätsgrades“. Irgendwelche Veränderungen in den die Invalidität bewirkenden *Ursachen* sind daher ohne Bedeutung, sofern der Invaliditätsgrad durch sie nicht berührt wird. Der Versicherte behält daher seinen Anspruch auf die „lebenslängliche Rente“ — im Gegensatz zu dem auf Grund eines Haftpflichtanspruchs (nach BGB. oder dem Haftpflichtgesetz) Rentenberechtigten — auch dann, wenn seine Arbeitsfähigkeit unabhängig von dem Unfall schon infolge seines hohen Alters erloschen sein würde, eine Vermögensschädigung als Folge des Unfalls mithin nicht mehr vorliegt.

Bücher- und Zeitschriftenschau.

Bibliographie.

Versicherungswissenschaftliche Dissertationen an reichsdeutschen Universitäten, die vom 15. August 1909 bis zum 31. Dezember 1912 erschienen sind.

Zusammengestellt von L. Leopold (Berlin).

I. Versicherungswirtschaft.

1. *Benno Krosta:* Über den Begriff Versicherung. Bonn 1910. (Münchener staatswissenschaftl. Dissert. vom 17. Januar 1910.)
2. *Hermann Eugen Stärker:* Der Einfluß der Industrie auf die deutsche Arbeiterschutz- und Arbeiterversicherungsgesetzgebung. Chemnitz 1909. (Münchener staatswissenschaftl. Dissert. vom 23. Juni 1909.)
3. *Alfred Hagemann:* Über die Benutzung postalischer Einrichtungen zu Zwecken der Volksversicherung in England und Deutschland. Gießen 1910. (Gießener phil. Dissert. vom 18. Mai 1910.)
4. *Fritz Gröppler:* Die Ausdehnung der Haftung aus dem Feuerversicherungsvertrage auf andere Elementarschäden. Halle a./S. 1910. (Hallenser phil. Dissert. vom 11. März 1910.)
5. *Friedrich Lübstorff:* Öffentlicher Betrieb und Privatbetrieb der Feuerversicherung. Dargestellt auf Grund der Erfahrungen in Mecklenburg. Rostock 1910. (Rostocker phil. Dissert. vom 30. Juni 1909.)
6. *Bruno Schmidt:* Der Versuch des Fürsten Hardenberg, die öffentlichen Feuer-Versicherungs-Sozietäten zu reformieren. Berlin 1910. (Göttinger phil. Dissert. vom 23. Dezember 1909.)
7. *Ludwig Ritter:* Die deutschen Krankenkassen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Weiterentwicklung. Offenbach 1909. (Kieler phil. Dissert. vom 27. Dezember 1909.)
8. *Theodor Ott:* Wirtschaftliche Anpassung der modernen Lebensversicherung in Form der Versicherungsbedingungen. Heidelberg 1910. (Heidelberger phil. Dissert. vom 14. Februar 1910.)
9. *Friedrich Gaertner:* Der Ausbau der Sozialversicherung in Österreich. Tübingen 1909. (Heidelberger phil. Dissert. vom 15. Januar 1910.)
10. *Georg Germann:* Die Streik-Versicherung in Deutschland und Frankreich. München-Gladbach 1910. (Bonner phil. Dissert. vom 8. Juni 1910.)
11. *Joseph Brom:* Die Unfallversicherung in der elsaß-lothringischen Land- und Forstwirtschaft. Mühlhausen i. E. 1910. (Heidelberger phil. Dissert. vom 23. Juli 1910.)



12. *Paul Arthur Söhner:* Begriff und Wesen der privaten Volksversicherung. Tübingen 1910. (Heidelberger phil. Dissert. vom 23. Juli 1910.)
13. *Curt Heyne:* Beitrag zur Praxis der Versicherungswertermittlung an beweglichen Gegenständen im Brandschadenfalle unter Zugrundelegung des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 und der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen vom 8. Mai 1909. Leipzig-Reudnitz 1910. (Königsberger phil. Dissert. vom 31. Januar 1910.)
14. *Rudolf Burckhardt:* Die Beziehungen der Alkoholfrage zur deutschen Arbeiterversicherung nach geschichtlicher Entwicklung und grundsätzlicher Bedeutung. Halle a./S. 1911. (Hallenser phil. Dissert. vom 27. Februar 1911.)
15. *August Baah:* Zur Frage der Arbeitslosenversicherung, der Arbeitsvermittlung und der Arbeitsbeschaffung. Leipzig 1911. (Tübinger staatswissenschaftl. Dissert. vom 23. April 1911.)
16. *Johannes Wilhelm Brandt:* Die Organisation der gewerblichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften) und ihre Bedeutung für das Gewerbe. Altenburg 1911. (Tübinger staatswissenschaftl. Dissert. vom 12. März 1911.)
17. *Erwin Dieterich:* Soziale Entwicklungsmomente in der Versicherung gegen Haftpflicht aus Körperverletzung, aus Sachbeschädigung. Tübingen 1911. (Tübinger staatswissenschaftl. Dissert. vom 25. Mai 1911.)
18. *Claus Fischer:* Organisation und Verbandsbildung in der Feuerversicherung. Eine kritische Studie. Leipzig 1911. (Tübinger staatswissenschaftl. Dissert. vom 15. Mai 1911.)
19. *Willy Mailaender:* Ortskrankenkasse und Gemeindekrankenversicherung. Ein Beitrag zur Frage der sozialen Versicherung. Heidelberg 1910. (Heidelberger phil. Dissert. vom 27. Dezember 1910.)
20. *Wilhelm Hagens:* Die Ansichten der deutschen Kameralisten des 18. Jahrhunderts über das Versicherungswesen. Norden 1910. (Erlanger phil. Dissert. vom 5. November 1910.)
21. *Paul Zeine:* Die staatliche Pensions- und Hinterbliebenen-Versicherung der Privatangestellten. Jena 1910. (Jenaer phil. Dissert. vom 23. November 1910.)
22. *Richard Rothange:* Der Selbstmord als mitversichertes Ereignis der Todesfallversicherung. Eine moralstatistische methodologische Studie. Berlin 1911. (Erlanger phil. Dissert. vom 29. November 1910.)
23. *Rupert Schraufstetter:* Die Volksversicherung in Deutschland und die Versuche zu ihrer Reform zu Anfang des Jahres 1910. München 1910. (Münchener staatswirtschaftl. Dissert. vom 20. Juli 1910.)
24. *Karl Ständt:* Empfiehlt sich die Übernahme der gesamten Feuerversicherung auf das Reich zur Unterstützung der Reichsfinanzen? Nürnberg 1910. (Erlanger phil. Dissert. vom 14. Dezember 1910.)

25. *Julius Bossert:* Die Betriebsverlustversicherung. Nürnberg 1911. (Erlanger phil. Dissert. vom 29. Juli 1911.)
26. *Gustaf Hahn:* Die Entwicklung der Immobiliarfeuerversicherung im Gebiet des heutigen Großherzogtums Baden bis zur Gründung der allgem. Gebäudeversicherungsanstalt im Jahre 1808. Melle in Hann. 1912. (Würzburger jur. Dissert. vom 29. April 1912.)
27. *Heinrich Braun:* Die Behandlung außereuropäischer (insbesondere von Tropen-)Risiken in der deutschen Lebensversicherung. Göttingen 1912. (Göttinger phil. Dissert. vom 24. Dezember 1911.)
28. *Wilhelm Platz:* Die reichsgesetzliche Mutterschafts-Versicherung. Tübingen 1912. (Freiburger rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. von 1912.)
29. *Emil Lederer:* Die Pensionsversicherung der Privatangestellten. Tübingen 1911. (Münchener staatswissenschaftl. Dissert. vom 26. Juli 1911.)
30. *Herbert Stier:* Die Privatbeamtenbewegung und die Privatbeamtenversicherung in Deutschland. Mannheim 1912. (Heidelberger phil. Dissert. vom 21. Juni 1912.)
31. *Franz Brumm:* Beiträge zur Rückversicherung. Offenbach a./M. 1911. (Heidelberger phil. Dissert. vom 27. Januar 1912.)
32. *Walter Jahn:* Studien über Rückversicherung und deren Statistik. Berlin 1912. (Münchener staatswissenschaftl. Dissert. vom 18. Dezember 1911.)
33. *Roland Jeitter:* Die historische Entwicklung der öffentlich-rechtlichen Feuersozietäten in Baden. Pforzheim 1911. (Heidelberger phil. Dissert. vom 28. November 1911.)
34. *Fritz Brauer:* Eine Untersuchung über die Kartellfrage in der privaten deutschen Feuerversicherung. Berlin 1912. (Tübinger staatswissenschaftl. Dissert. vom 24. November 1912.)
35. *Paul Koske:* Zur technischen Individualisierung in privatwirtschaftlicher und sozialer Versicherung. Göttingen 1912. (Göttinger phil. Dissert. vom 30. September 1912.)
36. *Armin Frey:* Zur Frage der Kartellierung im deutschen Versicherungsgewerbe. Prag 1912. (Freiburger rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. von 1913.)
37. *Willy Buchsbaum:* Die Maschinenversicherung. Dachau 1912. (Erlanger phil. Dissert. vom 22. Januar 1913.)

II. Versicherungsrecht.

A. Privates.

1. *Fedor Bierdermann:* Die Haftung des Versicherers gegenüber dem durch betrügerische Vorspiegelungen des Vermittlungsagenten zum Vertragsabschluß verlockten Versicherungsnehmer. Breslau 190 . (Jur. Dissert. vom 14. April 190 .)
2. *Karl Mahr:* Die Haftung der Forderung gegen den Gebäudeversicherer für die Hypothek gemäß §§ 1127 und 1128 BGB. Borna-Leipzig 1910. (Leipziger jur. Dissert. vom 15. Februar 1910.)

3. *Karl Piper:* Die rechtliche Stellung des Versicherungsagenten nach dem Gesetze über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Plieningen 1910. (Heidelberger jur. Dissert. vom 21. Februar 1910.)
4. *Karl Gerbracht:* Die rechtliche Stellung des Versicherungsagenten. München 1910. (Würzburger jur. Dissert. vom 14. Mai 1910.)
5. *Wilhelm Müller:* Die Besonderheiten der Versicherungsaktiengesellschaften. Borna-Leipzig. (Erlanger jur. Dissert. vom 4. Oktober 1909.)
6. *Paul Sulzbacher:* Die Versicherungsaktiengesellschaft, insbesondere im Verhältnisse zu der gewöhnlichen Aktiengesellschaft. Fürth 1909. (Erlanger jur. Dissert. vom 24. Juli 1909.)
7. *Willy Thiel:* Der Versicherungsbetrug im Reichsstrafgesetzbuch. Borna-Leipzig 1910. (Münsterer rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. vom 14. Juli 1910.)
8. *Heinrich Heyers:* Beiträge zur Lehre von der Doppelversicherung. Greifswald 1910. (Greifswalder jur. Dissert. vom 3. Mai 1910.)
9. *Willy Ramshorn:* Voraussetzungen und juristische Natur des Vertrags bei der Versicherung für fremde Rechnung. Leipzig 1910. (Leipziger jur. Dissert. vom 22. Juni 1910.)
10. *Max Klimke:* Grunderwerb durch Ausländer, insbesondere durch ausländische Versicherungsgesellschaften. Straßburg i. E. 1909. (Straßburger rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. vom 28. Juli 1909.)
11. *August Klingemann:* Die rechtliche Stellung des Vermittlungsagenten einer Versicherungsgesellschaft, insbesondere seine Vollmacht. Essen-Ruhr 1909. (Gießener phil. Dissert. vom 7. November 1909.)
12. *Max Draeger:* Haben bei der Lebensversicherung zugunsten eines Dritten die Nachlaßgläubiger einen Zugriff auf die Versicherungssumme? Berlin 1909. (Greifswalder jur. Dissert. vom 20. September 1909.)
13. *Hermann Steinhäuser:* Die Lebensversicherungspolice. München 1910. (Erlanger jur. Dissert. vom 20. Juni 1910.)
14. *Alfred Heyne:* Zur Lehre von der rechtlichen Natur des Lebensversicherungsvertrags. Dresden 1909. (Leipziger jur. Dissert. vom 1. September 1909.)
15. *Rudolf Meyer:* Die rechtliche Stellung des Versicherungsnehmers nach dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. München 1910. (Erlanger jur. Dissert. vom 26. April 1910.)
16. *Hermann Meerkatz:* Die Mitgliedschaft im Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Berlin 1910. (Leipziger jur. Dissert. vom 28. Januar 1910.)
17. *Otto Hillebrecht:* Die Verletzung der Anzeigepflicht nach dem Reichsgesetze über den Versicherungsvertrag. Göttingen 1910. (Gießener jur. Dissert. vom 22. Juni 1910.)
18. *Georg Homann:* Die Ausschließungsklauseln zweier zusammentreffender Versicherungsverträge für fremde Rechnung. Greifswald 1910. (Greifswalder jur. Dissert. vom 3. August 1910.)



19. *Johannes Nitzsche:* Die rechtliche Stellung des Versicherers bei der Feuerversicherung nach dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Borna-Leipzig 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 6. Mai 1911.)
20. *Karl Merz:* Der Versicherungs-Agent. Würzburg 1910. (Würzburger jur. Dissert. vom 5. Dezember 1910.)
21. *Hans Eduard Bischoff:* Die rechtliche Stellung der Versicherungsagenten und ihre Vollmacht nach dem Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 und unter Berücksichtigung der bisherigen Rechtsprechung. Dresden 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 28. Februar 1911.)
22. *Georg Heinrich Maurer:* Über die historische Entwicklung der Versicherungsaufsicht in Deutschland. Straßburg 1911. (Straßburger rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. vom 24. Februar 1911.)
23. *Wilhelm Osselmann:* Die Erstreckung der Hypothek auf die Versicherungsforderung. Berlin 1910. (Heidelberger jur. Dissert. vom 21. November 1910.)
24. *Paul Lenné:* Beiträge zur Lehre vom Versicherungsgeschäft für fremde Rechnung. Marburg 1911. (Marburger jur. Dissert. vom 26. Juni 1911.)
25. *Heinrich Lange:* Die Gefahrerhöhung bei Versicherungsverhältnissen nach den Bestimmungen des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Göttingen 1911. (Heidelberger jur. Dissert vom 22. April 1911.)
26. *Carl Walther von Rabenau:* Die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalles in der Lebensversicherung. Berlin 1911. (Straßburger rechts- und staatswissenschaftl. Dissert. vom 15. Mai 1911.)
27. *Hans Buerschaper:* Einfluß des Konkurses auf schwebende Versicherungsverhältnisse unter Ausschluß der Lebensversicherung. Borna-Leipzig 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 23. März 1911.)
28. *Friedrich Falk:* Die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers beim Vertragsschluß. Leipzig 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 16. Mai 1911.)
29. *Karl Doernberger:* Die Besonderheiten der Seeversicherung. Nürnberg 1911. (Erlanger jur. Dissert. vom 11. Juni 1910.)
30. *Walther Plaß:* Die Besonderheiten der Rückversicherung in den einzelnen Versicherungszweigen. Hamburg 1910. (Göttinger jur. Dissert. vom 2. März 1911.)
31. *Waldemar Scheel:* Der Vorstand des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit nach dem Reichsgesetze über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901. Nördlingen 1912. (Göttinger jur. Dissert. vom 1. Juni 1911.)
32. *Alfred Hanzlik:* Die juristische Natur der Rückversicherung. Borna-Leipzig 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 17. Februar 1911.)
33. *Hugo Jacobi:* Der Versicherungsschein. Straßburg 1911. (Heidelberger jur. Dissert. vom 24. Juni 1911.)



34. *Wilhelm Blad:* Die Erscheinungsformen der Überversicherung im Gebiete des Privatversicherungsrechts unter besonderer Berücksichtigung des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Gießen 1910. (Heidelberger jur. Dissert. vom 22. Oktober 1910.)
35. *Walter Stuht*: Die Leibrente. Greifswald 1910. (Greifswalder jur. Dissert. vom 21. September 1910.)
36. *Paul Burger:* Erstreckung der Hypothek auf die Forderung gegen den Versicherer. Borna-Leipzig 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 20. März 1912.)
37. *Walter Eule:* Die Pflicht zur Anzeige vom Eintritte des Versicherungsfalles (nach dem Reichsgesetze über den Versicherungsvertrag). Berlin 1912. (Jenaer jur. Dissert. vom 30. April 1912.)
38. *Heinrich Baumann:* Der Versicherungsbetrug im Sinne des § 265 des RStGB. Stuttgart 1911. (Erlanger jur. Dissert. vom 12. Oktober 1911.)
39. *Karl Ribbentrop:* Die Haftung der Versicherungsforderung für die Hypothek. Borna-Leipzig 1912. (Rostocker jur. Dissert. vom 28. Juni 1912.)
40. *Detlof von Oertzen:* Der Versicherungsschein. Berlin 1911. (Rostocker jur. Dissert. vom 13. November 1911.)
41. *Hanns Jeß:* Die Haftung der Forderung aus der Versicherung für Hypotheken, Grundschulden und Rentenschulden. Marburg 1912. (Marburger jur. Dissert. vom 8. Juli 1912.)
42. *Hans Friedrich Zeißig:* Einfluß des Konkurses über das Vermögen des Versicherungsnehmers auf einen schwebenden Lebensversicherungsvertrag nach dem Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Borna-Leipzig 1911. (Leipziger jur. Dissert. vom 2. Oktober 1911.)
43. *Rudolf Opfermann:* Beiträge zur Lehre vom Lebensversicherungs-Vertrag. Borna-Leipzig 1911. (Erlanger jur. Dissert. vom 5. Dezember 1911.)
44. *Hans Willy Byk:* Die Versicherung für fremde Rechnung, verglichen mit der Kommission. Berlin 1911. Heidelberger jur. Dissert. vom 18. August 1911.)
45. *Wilhelm Busse:* Der Hauptbevollmächtigte ausländischer Versicherungsunternehmungen nach dem Reichsgesetze vom 12. Mai 1901, Göttingen 1911. (Göttinger jur. Dissert. vom 23. September 1911.)
46. *Karl Kirchmann:* Fusion von Versicherungsunternehmungen nach dem geltenden deutschen Rechte. Bamberg 1911. (Erlanger jur. Dissert. vom 26. November 1911.)
47. *Kurt Vatke:* Das Verschulden im Gesetze über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Greifswald 1911. (Greifswalder jur. Dissert. vom 23. Januar 1912.)
48. *Willy Heverkerl:* Die Leibrente nach dem BGB. (§§ 759 ff.). Borna-Leipzig 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 22. April 1912.)

49. *Walther Vorwerk:* Die Rechtsnachfolge in das versicherte Interesse, insbesondere die Veräußerung der versicherten Sache. Oelsnitz i. V. 1912, Götze. (Leipziger jur. Dissert vom 20. Januar 1913.)
50. *Lorenz Schardt:* Die rechtliche Stellung des Versicherungs-Agenten nach den Vorschriften des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908, insbesondere im Verhältnisse zum dritten Kontrahenten. München 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 30. November 1912.)
51. *Erich Krekeler:* Der Versicherungsbetrug (StGB. § 265). Cassel 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 4. Januar 1913.)
52. *Walter Lorenz:* Die Veräußerung und Übergabe stehender Bäume in ihrer Einwirkung auf den Feuerversicherungsanspruch. Borna-Leipzig 1912. (Breslauer jur. Dissert. vom 6. September 1912.)
53. *Oskar Scheer:* Die hypothekarische Weiterhaftung der Versicherungsforderung trotz Aussonderung derselben von der Zwangsversteigerung und Erteilung des Zuschlags an einen Dritten. Borna-Leipzig 1912. (Greifswalder jur. Dissert. vom 31. Dezember 1912.)
54. *Alfred Platz:* Das Grundkapital der Aktiengesellschaft und der Gründungsfonds des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. Ein Vergleich. Borna-Leipzig 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 9. Januar 1913.)
55. *Kurt Stadthagen:* Stellung der Versicherungsgesellschaft gegenüber demjenigen, der den Tod des Versicherten schuldhaft verursacht hat, unter besonderer Berücksichtigung des Duells. Berlin 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 3. Oktober 1912.)
56. *Alfons Lohrer:* Das Versicherungsvertragsgesetz und die allgemeinen Unfall- und Haftpflichtbedingungen der Versicherungsgesellschaften. München 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 22. Januar 1913.)
57. *Otto Künneth:* Die Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers bei Schließung des Vertrages nach dem Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908. Erlangen 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 18. Oktober 1912.)
58. *Max Hercher:* Die Anwendung des § 278 BGB. auf das Verhältnis des Versicherungsnehmers zum Versicherer nach dem Reichsgesetze über den Versicherungsvertrag. Saalfeld i./Th. 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 6. November 1912.)
59. *Georg Obermayer:* Die Rückversicherung. Borna-Leipzig 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 29. Januar 1913.)

B. Soziales.

1. *Georg Schmidt:* Das Versicherungsamt und die gewerblichen Berufsgenossenschaften im Entwurfe der Reichsversicherungsordnung (Kritische Bemerkungen zum Gesetzentwurfe). Dresden 1909. (Leipziger jur. Dissert. vom 26. November 1909.)

2. *Franz Schaller:* Die Haftpflichtversicherungsanstalten nach § 23 des Gesetzes betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900. Erlangen 1909. (Erlanger jur. Dissert. vom 11. Juni 1909.)
3. *Johann Gualbert Leipfinger:* Der Anspruch aus der Arbeiterversicherung vom Standpunkte der verschiedenen Versicherungen aus betrachtet. München 1910. (Münchener jur. Dissert. vom 11. März 1910.)
4. *Carl Mehler:* Die Betriebsbeschäftigung als Grundlage des Versicherungsverhältnisses in der Arbeiterversicherung. Heidelberg 1910. (Münchener jur. Dissert. vom 25. Januar 1910.)
5. *Paul Jakob Kees:* Die Krankenversicherungspflicht des Handlungsreisenden. Leipzig 1909. (Leipziger jur. Dissert. vom 8. Dezember 1909.)
6. *Otto Veiel:* Die strafrechtliche Bedeutung der Unfallversicherungsgesetzgebung. Stuttgart 1910. (Erlanger jur. Dissert. vom 26. Mai 1910.)
7. *Heinrich Crome:* Der Rechtsschutz des Arbeiters in den Reichsversicherungsgesetzen und dem Entwurf einer Reichsversicherungsordnung. Berlin 1911. (Erlanger jur. Dissert. vom 30. Oktober 1910.)
8. *Franz Xaver Full:* Die Rechtsansprüche des Arztes aus der Arbeiterversicherung. Jena 1912. (Würzburger jur. Dissert. vom 13. März 1912.)
9. *Max Kerst:* Das Aufsichtsrecht des Staates nach der Reichsversicherungsordnung. Erlangen 1912. (Erlanger jur. Dissert. vom 22. Juni 1912.)
10. *Hans Hochgürtel:* Die Krankenhilfe außerhalb des Kassenbezirks (§§ 219 bis 222 Reichsversicherungsordnung, § 57 a. K. V. G.). Tübingen 1911. (Bonner jur. Dissert. vom 16. Oktober 1911.)
11. *Erich Gast:* Der Umfang der Haftung dritter Personen (nach § 140 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes). Borna-Leipzig 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 5. Februar 1912.)
12. *Friedrich Geile.* Die Ersatzansprüche der Armenverbände gegenüber den Krankenkassen nach dem alten Recht und der Reichsversicherungsordnung. Elberfeld 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 6. August 1912.)
13. *Martin Brinno Wachler:* Ersatzkassen und Ersatzeinrichtungen nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte vom 20. 12. 1911. Zeulenroda 1912, Oberreuter 82 S. (Leipziger jur. Dissert. vom 15. November 1912.)
14. *Emil Jacob:* Die Strafen der Reichsversicherungsordnung. Heidelberg 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 3. Oktober 1912.)
15. *Carl Katzer:* Ersatzansprüche der Berufsgenossenschaften gegen Dritte nach § 1542 RVO. vom 19. Juli 1911. Borna-Leipzig 1912. (Jenaer jur. Dissert. vom 27. September 1912.)
16. *Franz Gustav Travers:* Die Zwangsversicherung und die Ersatzkassen der Reichsversicherungsordnung. Borna-Leipzig 1912. (Marburger jur. Dissert. vom 23. Januar 1913.)



17. *Fritz Bender:* Die Betriebskrankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung. Langenselbold 1912. (Marburger jur. Dissert. vom 17. September 1912.)
18. *Adolf Fürst:* Die reichsrechtlichen Arbeiterkrankenkassen in Deutschland und England. Gera 1912. (Heidelberger jur. Dissert. vom 22. September 1912.)

III. Versicherungsmedizin.

1. *Wilhelm Steenbeck:* Über Hysterie vom versicherungsrechtlichen Standpunkt. Bonn 1912. (Bonner med. Dissert. vom 24. Mai 1912.)
2. *Harald von Engelbrecht:* Die Blutdruckmessung bei der Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Lebensversicherung. Berlin 1912. (Berliner med. Dissert. vom 10. Januar 1912.)
3. *Friedrich Friedland:* Bewertung des Verfalls in der Arbeiterversicherung. Halle a. S. 1911. (Hallenser med. Dissert. vom 15. Juli 1911.)
4. *Emil Dub:* Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung versicherungsrechtlicher Fragen. Bonn 1912. (Bonner med. Dissert. vom 16. Dezember 1912.)
5. *Franz Döhring:* Über die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tod und Betriebsunfall. Königsberg i. P. 1912. (Königsberger med. Dissert. vom 30. September 1912.)



Schluß der Redaktion: 31. August 1914.

Verantwortlicher Redakteur: Professor Dr. Alfred Manes in Berlin-Schöneberg, W 30.





Gedruckt in der Königlichen Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn,
Berlin SW 68, Kochstr. 68–71.

